



МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА



**XV ЮБИЛЕЙНЫЙ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
“РЕАБИЛИТАЦИЯ И
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ”**

Межведомственное взаимодействие в системе реабилитации

27-28 сентября 2017, Москва

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
Региональная общественная организация поддержки развития медицинских технологий и стандартов качества медицинской помощи,
Союз реабилитологов России и Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов,
ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России
При поддержке: Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального медико-биологического агентства,
Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации,
Российского союза промышленников и предпринимателей, Торгово-промышленной палаты России,
Клуба инвесторов фармацевтической и медицинской промышленности

XV ЮБИЛЕЙНЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «РЕАБИЛИТАЦИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ - 2017»

Межведомственное взаимодействие в системе реабилитации

27-28 сентября



МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Москва, 2017



НЕОБХОДИМОСТЬ БИОМЕХАНИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОСТОПИЯ

Ачкасов Е.Е., Полукаров Н.В., Жукова Е.В.

*Первый Московский Государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,
г. Москва, Россия*

Широкое распространение плоскостопия приводит к ухудшению условий жизни людей, увеличению потерь рабочего времени и расходов на лечение больных с патологией стопы, нижних конечностей и позвоночника. На сегодняшний день хирургами-ортопедами предложено более 400 способов и модификаций оперативного лечения больных с поперечным плоскостопием, но большинство предложенных методик не нашли широкого применения из-за неудовлетворительных итогов лечения. Неудовлетворённость результатами хирургического лечения плоскостопия обусловлена отсутствием как патогенетического обоснования процессов деформации стопы, так и дифференцированного биомеханического подхода к выбору способа лечения в зависимости от индивидуальных особенностей стопы больного.

В настоящее время в консервативном лечении плоскостопия широко применяются устройства для коррекции функции стопы - стельки и ортезы. Корректирующие стельки должны обладать армирующими и амортизирующими свойствами, обеспечивать исправление имеющихся деформаций и отклонений от физиологического положения стопы. Предложены и широко применяются различные универсальные ортопедические стельки, выпускаемые промышленностью. Однако наиболее оптимальным является использование индивидуальных стелек, которое позволяет учитывать все особенности стопы пациента: степень снижения внутреннего и наружного продольных сводов, выраженность нарушения эластичности стоп, величину пронации пяточной кости.

В аспекте рассматриваемой проблемы актуальной является и задача оценки биомеханического давления и деформации при ходьбе применительно к подбору эластичности и упругости материала, чего нельзя добиться при статическом или анатомическом исследовании. Для этого предложено использовать данные электронных датчиков об измерении давления стопы при ходьбе, что даёт возможность выявить точки максимальных нагрузок на стопе и при необходимости внести поправки в характеристики изделия - корректирующей стельки.

Цель работы – патогенетическое обоснование и оценка эффективности метода лечения плоскостопия с помощью коррекции биомеханики ходьбы.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе «Центра реконструкции человека» и кафедры госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Проведено обследование и лечение 87 больных с продольным и поперечным плоскостопием, которые были случайным методом были разделены на группы:

- в первую группу (сравнения) было включено 42 пациента, которым проводили лечение с помощью стандартных методов,
- во вторую группу включили 45 больных, в лечении которых применяли разработанный нами комплексный подход с применением стелек, подобранных индивидуально на основе результатов изучения биомеханических характеристик ходьбы пациентов.

Разработка стелек осуществлялась на основании результатов биометрической и биомеханической диагностики с учетом геометрических параметров, изменения которых характеризовали выраженность патологии стопы: размеры высоты свода, площади плантарного контакта в основных опорных частях подошвы, положение пяточного отдела, траектории ходьбы. Всем больным было выполнено плантографическое исследование с помощью подошвенного сканера «Rothballer-High-Speed», целью которого было определение соотношения нагружаемой и не нагружаемой частей подошвенной поверхности стопы, а также выявление зон гиперпрессии под локальными участками подошвы. Применяли цифровой метод изготовления ортопедической стельки, результаты исследования задавались в виде характеристик управляемому фрезерному станку, с помощью которого вырезались формы из соответствующих заготовок.

В течение 12 месяцев года проводили наблюдение за пациентами, при этом оценивали показатели выраженности болевых ощущений по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Оценивали также субъективное

мнение - удовлетворенность пациентов результатом лечения с помощью градаций «неудовлетворительно», «удовлетворительно», «хорошо», «отлично». Обследование проводили до начала лечения и через 6 и 12 месяцев после проведенного лечения. Качество жизни пациентов оценивали до начала лечения и спустя 1 год с помощью опросника SF-36.

Результаты. Анализ мнений больных показал, что спустя 6 месяцев после начала лечения оценка его результата у пациентов основной группы была значительно выше, чем в группе сравнения. В последней группе были выше уровни боли, оцененный по ВАШ, в то время как у пациентов, в лечении которых был использован предложенными нами подход, уровень оценки болевых ощущений был значимо ниже. В дальнейшем, спустя 12 месяцев от начала лечения выявленные соотношения показателей в группах больных сохранялись, во второй группе была отмечена выраженная тенденция к повышению самооценки больными результатов выполненного лечения и достоверно меньший уровень болевых ощущений, чем в первой группе пациентов (сравнения).

Сравнение качества жизни до лечения и спустя 1 год у пациентов, в лечении которых был использован индивидуальный подход с учетом характеристик биомеханики ходьбы, показало существенное возрастание показателей ряда шкал опросника SF-36. Оценка динамики ролевого и социального функционирования, общего и психологического здоровья продемонстрировала равномерное возрастание значений этих параметров, при этом через 1 год после начала лечения уровни показателей качества жизни у пациентов основной группы были достоверно выше, чем в группе сравнения.

Проведенные исследования подтвердили необходимость индивидуального подхода к диагностике и лечению плоскостопия, предоставляющего пациенту более комфортные условия для ранней функциональной реабилитации, чем при использовании стандартных подходов, что приводит к значительному снижению болевых ощущений, повышению уровней субъективной оценки результатов лечения и качества жизни больных. Это в свою очередь может обеспечить существенные клинико-экономические преимущества за счёт уменьшения сроков ограничения трудоспособности пациентов с плоскостопием и снижения частоты рецидивов изученной патологии.



НОВЫЕ МЕТОДЫ АКВАДИНАМИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОДЕ

Барашков Г.Н., Силаев А.С.

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

Развитие современных технологий и оснащения бассейнов дает возможность разрабатывать новые, более эффективные методы гидропатии и акватерапии. Внедрение этих методов делает реабилитационный процесс или процесс активной профилактики более эффективным и не требует сложных приспособлений. Доступные устройства легко монтируются в любых водных пространствах, специалисты их легко осваивают. Особое внимание мы уделяем методикам аквадинамического воздействия. Аквадинамическое воздействие определяется воздействием потока или струй воды на тело человека, находящегося в бассейне, мини-бассейне или большой ванне. При этом как известно за счет антигравитационных свойств воды тело человека значительно теряет в весе, и информация с глубоких проприорецепторов изменяет свою направленность. При активном воздействии потоками воды, эти потоки в зависимости от своей направленности и силы обеспечивают эффективные массажные воздействия, оказывая системное влияние на структуры опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Разработанные нами методики пассивной и пассивно-активной аквадинамической тракции показали себя эффективными в реабилитационном процессе у больных с некоторыми заболеваниями опорно-двигательного аппарата, у людей с нарушениями осанки (сколиоз) и у некоторых пациентов с болезнью Бехтерева. Активные аквадинамические методики, к которым можно отнести методику «протяжки», открывают новые возможности в акватерапии. К ним можно добавить: использование водных велосипедов, систем водной трапеции и ряда других систем. Разрабатываемые совместно с ПТК-Спорт технологии модульных бассейнов из нержавеющей стали делают эти методики доступными для широкого применения практически в любой сфере профилактики, лечения и реабилитации.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТУННЕЛЬНОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ЛОКТЕВОГО НЕРВА

Беляев А.Ф., Беломестнов П.В.

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Приморский Институт вертеброневрологии и мануальной медицины, г. Владивосток, Россия

Одной из ведущих проблем в неврологии являются туннельные невропатии, составляющие 30–40% от всех заболеваний периферической нервной системы [Кипервас И.П., 2010; Стефаниди А.В., Духовникова И.М., 2016]. На туннельные невропатии верхних конечностей приходится более 80%, среди них наиболее распространенными формами являются синдромы карпального и кубитального каналов, встречающиеся у 40-80% работающих [Кипервас, И.П., 2010; Евтушенко С.К. и др., 2015].

Стандартные консервативные методы и хирургическое вмешательство в лечении туннельных синдромов не всегда эффективны. Учащающиеся случаи аллергии к лекарственным средствам, нежелательные побочные эффекты многих фармакологических препаратов, побуждают к поиску новых возможностей в лечении данной патологии [Манвелов Л.С., 2014; Котов А.С., 2014].

Одним из таких немедикаментозных методов лечения является остеопатическая реабилитация, основанная на восстановлении подвижности (мобильности) нерва с использованием нейродинамических техник мышечно-фасциального релиза, улучшении трофики нервной ткани, восстановлении лимфооттока и венозного возврата. Реабилитация методами остеопатии также стремится восстановить вегетативную целостность организма, корригируя соматические дисфункции, влияющие на систему периферических нервов верхней конечности.

Цель исследования: оценить эффективность реабилитации методами остеопатии пациентов с туннельной невропатией локтевого нерва (ТНЛН) в кубитальном канале.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе Приморского Института вертеброневрологии и мануальной медицины г. Владивостока. Под наблюдением находилось 24 пациента с ТНЛН в кубитальном канале в возрасте от 21 до 55 лет. Средний возраст пациентов составил $39,8 \pm 11,3$ лет, мужчин было 15, женщин - 9. Пациенты отмечали парестезии в мизинце и наружной поверхности безымянного пальца, гипералгезию в зоне иннервации локтевого нерва и двигательные нарушения в виде снижения силы мышц V и IV пальцев. У всех пациентов диагностирована ирритативно-компрессионная стадия процесса, поражение правой руки было у 14 пациентов (58, 3%), левой руки у 10 (41,7%).

В исследование не были включены пациенты с эндокринными заболеваниями, системными заболеваниями соединительной ткани, нарушением обмена веществ и травмами локтевого сустава.

Все пациенты были разделены на 2 группы: основную группу составили пациенты, получавшие только остеопатическую коррекцию (16 человек), контрольную группу составили пациенты, которым проводилась консервативная коррекция в виде медикаментозной терапии и физиолечения (8 человек). Всем пациентам проводили клинику-неврологическую диагностику, остеопатическую коррекцию и тестирование по шкалам.

Остеопатическая коррекция проводилась один раз в неделю, количество лечебных сеансов определялось динамикой неврологического и остеопатического статусов и варьировало от 5 до 7 процедур. Сроки реабилитации составляли в среднем от одного до двух месяцев. Консервативное лечение контрольной группы проводилось по общепринятым схемам.

Полученные в процессе исследования данные обрабатывались с помощью программной системы STATISTICA for Windows.

Результаты исследований. Степень выраженности алгического синдрома оценивалась по 10-балльной шкале (ВАШ). Показатели степени выраженности болевого синдрома у пациентов основной группы после лечения уменьшились на 91,1%, в отличие от контрольной группы, где данный показатель снизился на 44,1% ($p < 0,05$). При исследовании силы мышц приводящих и отводящих V и IV пальцев кисти, которые оценивали по 5-балльной шкале, было выявлено, что у пациентов основной группы сила мышц после лечения увеличилась на 2 балла, а в контрольной группе на 1 балл ($p < 0,05$).

После остеопатического курса лечения у пациентов основной группы выявлялось улучшение чувствительности в области иннервации локтевого нерва. Полное восстановление чувствительности наблюдалась у 50,0% пациентов, у 37,5% отмечалось сохранение незначительной потери чувствительности в дистальной



фаланге мизинца, у 17,5% присутствовала легкая парестезия латеральной поверхности мизинца и ладони. Полного восстановления чувствительности у пациентов контрольной группы не наблюдалось.

До лечения у пациентов основной и контрольной группы с ТНЛН в кубитальном канале наблюдался положительный тест Тинеля. После проведенного лечения у пациентов основной группы положительный тест Тинеля наблюдался в 37,5% случаев, в контрольной группе - 87,5% случаев.

Выводы. Реабилитация остеопатическими методами пациентов с туннельной невропатией локтевого нерва на уровне кубитального канала привело к положительным изменениям в неврологической клинике: улучшилась поверхностная чувствительность, уменьшился болевой синдром, увеличилась сила мышц. Результаты остеопатической реабилитации достоверно превышали показатели контрольной группы. Таким образом, методы остеопатии могут быть рекомендованы в реабилитации пациентов с туннельными невропатиями. Для дальнейшего обоснования применения данных методов планируется использование электронейромиографии.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

¹Беляев А.Ф., ²Карпенко Н.А., ²Мальчук В.А.

^{1,2}ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России,

²Приморский Институт вертеброневрологии и мануальной медицины, г. Владивосток, Россия

Болевые синдромы у новорожденных (распространенность, степень выраженности, локализация) изучены недостаточно [Ахмадеева Э.Н., Hansen Thror Willy Rruud, 2011; Жиркова Ю. В., Кучеров Ю.И., Степаненко С.М.; 2012; Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Соболева Т.Е.; 2013]. При этом многие авторы отмечают важность исследования данного вопроса, возможность значительного влияния боли на поведения новорожденных, снижение качества жизни детей и всей семьи [Решетняк В.К., Кукушкин М.Л., 2011, 2016; Супонева Н.А., 2012]. Известно, что боль является субъективным переживанием неблагополучия в организме, боли подвержены люди всех возрастов, объективных критериев ее крайне мало, поэтому чаще всего боль диагностируют исходя из жалоб пациента и с помощью различных опросников (Мелзак и др.) и шкал (ВАШ и др.).

Естественно, болевые синдромы у новорожденных детей нельзя изучать с помощью опросников, так как нет вербальных жалоб. Но у детей можно эффективно диагностировать боль с помощью поведенческих, мимических и других реакций. Для этого разработан ряд шкал (DAN, EDEN, NTCS, CHEOPS, CRIES, CHIPPS, KUSS, RIPS, POPS, MOPS и др.). Наша клиника детской остеопатии обладает уникальными данными и опытом в этом вопросе (учитывая большое количество детей, прошедших через клинику – более 30 тысяч в возрасте до одного года).

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности и степени выраженности болевых синдромов у новорожденных, а также обоснование ранней реабилитации болевых синдромов. Под наблюдением в клинике Детского центра Института вертеброневрологии и мануальной медицины находилось 276 детей в возрасте от 5 до 28 дней (неонатальный период). Для оценки боли была применена шкала оценки боли у младенцев FLACC (face, legs, activity, cry, consolability) «лицо — ноги — активность — плач — утешаемость», которую мы [Беляев А.Ф., Карпенко Н.А, 2014] модифицировали, дополнив двумя оцениваемыми показателями, организующими болевое поведение ребенка – «сон» и «сосание». По этой модифицированной шкале суммарный балл равен сумме по всем 7 пунктам. Чем больше суммарный балл, тем сильнее боль и дискомфорт у младенца: 0-1 балл – боль отсутствует, 2-5 балла – боль умеренная, 6-9 баллов – боль средней интенсивности, 10-14 баллов – боль выраженная, почти нестерпимая. Ранняя реабилитация новорожденных включала процедуры остеопатии, специальные виды массажа и гимнастики.

Как показали данные наших исследований при поступлении в клинику боль отсутствовала только у 40 (14,49%) новорожденных. У этих детей по шкале оценки боли был 0 или 1 балл. Боль умеренная (2-5 баллов по шкале оценки боли) отмечалась у 202 (73,19%) детей, боль средней интенсивности (6-9 баллов) – у 34 (12,32%) новорожденных.

Боль у новорожденных, как правило, носит выраженный вегетативный характер, боль разлитая, не всегда четко локализованная. По типу боли, это, скорее всего, ноцицептивная боль. Локализация боли, чаще всего, была в области шеи (шейный отдел позвоночника травмируется при стремительных или затяжных родах, при верхнесементарных поражениях), в области живота (колики), головы (гидроцефально-гипертензионные состояния, хотя швы черепа еще не сформированы). Боль у детей острая, но очень быстро (выраженный вегетативный компонент) может перейти в хроническую. Что мы часто наблюдали у детей в возрасте 4-5 мес. при отсутствии эффективной реабилитации в неонатальном периоде.

Причины возникновения болей далеко не всегда связаны с актом родов, нередко это внутриутробные поражения. Это хорошо видно у детей, рожденных кесаревым сечением, ведь у них не было прохождения родовых путей, не было родовой деформации, а повреждений не меньше, а то и больше, чем у родившихся естественным путем. Наиболее характерными и часто встречающимися дисфункциями, были, преимущественно, изменения костей основания черепа, прежде всего, затылочной кости: компрессия мышечков затылочной кости и компрессия яремного отверстия (раздражение блуждающего нерва с гиперстимуляцией парасимпатической системы, дисфункции кардиореспираторной системы, синдром напряженной адаптации, затруднение венозного оттока, нарушение ликвородинамики, церебральная гипер-



тензия), внутрикостное напряжение затылочной кости (влияние на формирование большого затылочного отверстия и раздражение пирамидного тракта), компрессия нервов: языкоглоточного (моторика языка, сосание), добавочного (кривошея), подъязычного (артикуляция, интонация плача).

Уже после первой остеопатической процедуры мы отмечали значительные положительные изменения. Количество детей с отсутствием боли возросло с 14,49% до 65,21%, количество детей с умеренной болью уменьшилось с 73,19% до 32,61%, а с болью средней интенсивности уменьшилось с 12,32% до 2,18%. При этом из 202 детей с умеренной болью у 131 ребенка (64,85%) боль купировалась полностью (дети перешли по шкале оценки боли в разряд «боль отсутствует»), а у 71 (35,15%) значительно уменьшились. Из 34 детей с болью средней интенсивности у 9 детей (26,47%) боль прошла полностью, у 19 детей (55,88%) боль стала умеренная. У детей менялась мимика ребенка, расслаблялось лицо, появлялась улыбка, прекращался или значительно уменьшался тремор подбородка, уменьшалось двигательное беспокойство, движения становились более гармоничными, прекращался плач, уже во время процедуры дети успокаивались и засыпали. В дальнейшем матери отмечали, что сосание становилось безболезненным, спокойным и непрерывным, ребенок не бросал грудь. Кормление матери и ребенку доставляли удовольствие (ведь при компрессионных дисфункциях ребенок сосет, по выражению одной из мам, «как пиявка»). До остеопатического лечения ребенок казался матери очень тяжелым, они (мать и дитя) искали удобное положение во время кормления. У ребенка менялся «дизайн» лица: изменялась форма черепа, расправлялись швы, исчезало захождение костей свода черепа на швах.

Чем меньше был возраст ребенка, тем эффективнее была остеопатическая процедура. Результативность лечения заметно снижалась от 5-7 дней неонатального периода к 28 дню. У 7 детей (3,46%) положительной динамики не было, что, как правило, было связано с послеродовым психоэмоциональным и физическим состоянием матери. Вообще, по нашим наблюдениям, частота и выраженность болевых синдромов у детей напрямую связана с состоянием родителей (наличием у них болевых синдромов, легкости их возникновения, тревожности и других характеристик).

Таким образом, среди новорожденных детей, выписанных из роддома и оцененных как здоровые (по шкале Апгар при рождении не ниже 8 баллов), болевые синдромы разной степени выраженности и локализации при обращении в нашу клинику диагностированы у 85,51%. Боль у новорожденных значительно снижала качество жизни у детей и родителей, являясь предпосылками развития хронического болевого синдрома, задержки речевого развития, когнитивных нарушений, двигательных расстройств. Купирование боли приводило к ремоделированию двигательного акта, восстановлению его оптимальности и восстановлению нормального сна и акта сосания.

РОЛЬ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИ-ГИПЕРОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Бокерия Л.А., Какучая Т.Т., Джитава Т.Г., Куулар А.М., Нартикоева Л.К., Пачуаишвили Н.В., Филатова А.Г.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель исследования. Целью данного исследования является оценка влияния интервальной нормобарической гипоксии-гипероксической терапии на адаптационные возможности пациента на этапе подготовки к операциям на сердце и послеоперационной реабилитации. Первичными конечными точками исследования являются: оценка безопасности и переносимости процедур, а вторичными конечными точками: эффективность и прогностическая надежность.

Материалы и методы. В исследование вошли 30 пациентов (15 мужчин, 15 женщин, средний возраст 50 ± 15 лет) и 30 здоровых лиц, составляющие группу контроля. Исследуемую группу составили больные с сочетанной сердечно-сосудистой патологией: ишемической болезнью сердца, клапанной патологией и нарушениями ритма сердца. Все проходили гипоксии-гипероксическую терапию на этапе предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации. Управляемую нормобарическую гипокситерапию осуществляли с помощью аппарата ReOxy на основе инновационной технологии SRT. Перед началом и по окончании курса определяли индивидуальную чувствительность к гипоксии путем проведения 5-ти минутного теста с подачей через маску газовой смеси, содержащей 12% кислород (O_2), с постоянным мониторингом частоты сердечных сокращений (ЧСС) и насыщения крови кислородом. Сами процедуры проходили в следующем режиме: первая процедура у всех пациентов была с подачей гипоксической газовой смеси 15% O_2 ; вторая и третья процедуры были с подачей гипоксической газовой смеси 12% O_2 ; все последующие процедуры были с подачей гипоксической газовой смеси 10% O_2 . Каждая процедура длилась 40 минут. Переключение на подачу гипероксической смеси (36-39% O_2), во время процедуры, осуществлялось автоматически по специальным алгоритмам (биообратная связь на основе индивидуальной чувствительности пациента к гипоксии). Однако пределом гипоксической фазы было 4 минуты, а гипероксической 2 минуты. За время одной процедуры применяли 7-9 циклов «гипоксия-гипероксия».

Результаты и обсуждения. При контрольном тестировании по окончании процедур по сравнению с исходными показателями терапевтическая сатурация в исследуемой группе увеличилась на 16% ($p < 0,01$), минимальная сатурация увеличилась на 13% ($p < 0,01$), максимальная частота сердечных сокращений уменьшилась на 9% ($p < 0,05$), общее время гипоксии увеличилось на 18% ($p < 0,01$), эффективное время гипоксии на 21% ($p < 0,01$). Субъективно 35% пациентов по окончании курса процедур отмечали снижение ангиальных приступов, 68% повышение переносимости физических нагрузок, 29% стабилизацию цифр артериального давления, 90% отметили улучшение сна. В контрольной группе по сравнению с исходными показателями терапевтическая сатурация увеличилась на 11% ($p < 0,01$), минимальная сатурация увеличилась на 5% ($p < 0,01$), максимальная частота сердечных сокращений уменьшилась на 19%, общее время гипоксии увеличилось на 15% ($p < 0,01$), эффективное время гипоксии на 16% ($p < 0,05$).

Выводы. Интервальная нормобарическая гипоксии-гипероксическая терапия легко переносится пациентами, не сопровождается побочными эффектами и осложнениями. Применение курса интервальных гипоксии-гипероксических процедур у пациентов с различной сердечной патологией на до и послеоперационном периодах повышает устойчивость к гипоксии, повышает переносимость физических нагрузок, снижает количество ангиальных приступов, стабилизирует цифры артериального давления, улучшает сон.



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ПРОТОКОЛОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Бокерия Л.А., Какучая Т.Т., Джитава Т.Г., Куулар А.М., Нартикоева Л.К., Пачуашвили Н.В., Филатова А.Г.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель исследования: оценка влияния аэробных физических тренировок на толерантность к физическим нагрузкам у пациентов, перенесших оперативное вмешательство на сердце в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материалы и методы. В исследуемую группу вошло 142 пациента, перенесших операции на сердце в условиях ИК. Из них - 57,8% пациентов после аортокоронарного шунтирования, 33,2% пациентов после протезирования одного или нескольких клапанов, 9% пациентов после операции аортокоронарного шунтирования в сочетании с протезированием клапанов сердца.

В контрольную группу вошло 158 больных. Из них 37,4% неоперированных больных со стабильным течением ишемической болезни сердца, 34,3% неоперированных пациентов с хронической сердечной недостаточностью, 28,3% больных после операции баллонной ангиопластики и стентирования.

В обеих группах достоверных различий по возрасту, клиническим данным, методам лечения не наблюдалось ($p > 0,05$). Различия имелись в программах физических тренировок. Физические реабилитационные мероприятия в исследуемой группе начинались через 10-20 дней после операции. Первую неделю пациенты занимались тренировками по программе с постоянным пульсом (110 уд. в мин.). Вторую неделю тренировки проходили по программе с рамп интервалом. В контрольной группе пациенты проходили 10-дневный курс импульсной тренировки. Аэробные тренировки проводились на кардиотренажерах фирмы SCHILLER, включающие в себя велотренажеры. Проведение спирометрии и эргоспирометрии выполнялось до начала тренировок и в конце восстановительного лечения, после окончания цикла физических тренировок. Результаты проведенного курса восстановительной терапии оценивали по величине сдвигов показателей толерантности организма к физической нагрузке, а также, по изменениям результатов эргоспирометрии.

Результаты исследования. Среднее значение толерантности к физической нагрузке у пациентов исследуемой группы до начала тренирующих программ составило $4,8 \pm 1,3$ МЕТ, после окончания курса $8,5 \pm 1,6$ МЕТ. В контрольной же группе среднее значение составило до начала тренировок $5,3 \pm 1,6$ и $6,9 \pm 1,8$ МЕТ соответственно. При тестировании пациентов на эргоспирометрии после окончания курса физических тренировок, были получены следующие данные: в исследуемой группе: увеличение пикового потребления кислорода $VO_2 \max$ на 38% ($p < 0,01$), выделение углекислого газа VCO_2 на 41% ($p < 0,01$), минутного объема дыхания VE на 17,1% ($p = 0,05$). В контрольной группе были получены данные: увеличение $VO_2 \max$ на 18,6%, VCO_2 на 15,1%, МОД (VE) на 6,8%.

Выводы. В рамках кардиореабилитации пациентов, перенесших операции на сердце в условиях ИК, использование на первом этапе программы тренировок с постоянным пульсом (110 уд. в мин.), на втором этапе - программы с рамп интервалом достоверно оказывает положительное действие на толерантность к физическим нагрузкам в ранние сроки физической реабилитации после операции. В связи с этим мы подчеркиваем важность стационарного этапа кардиореабилитации, когда закладываются основные аспекты специализированных реабилитационных программ, предполагающих продолжение восстановительного лечения и постоянную вторичную профилактику после выписки.

ОПЫТ МЕДИЦИНСКОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Болванович А.Е., Усанова А.А., Аширова Н.А., Вишняков А.И., Самарин А.В., Ганченкова В.С.,
Букаев О.Н.*

*ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», ГАУЗ РМ «Республиканский
врачебно-физкультурный диспансер», г. Саранск, Россия*

Актуальность работы. Внедрение современных достижений науки и техники в медицинскую практику позволяет значительно улучшать качество диагностики и лечения. Наряду с развитием фармакологии и химиотерапии в последние десятилетия активно используются новые технические средства, высокотехнологические методы для полноценной диагностики и эффективного лечения.

Цель работы. Оценить качество диагностики последствий травм конечностей у спортсменов с использованием магнитно-резонансной томографии и сравнить результативность воздействия некоторых способов физиотерапии, включая ударно-волновую терапию и механотерапию (тракционное воздействие).

Материал и методы исследования. Нами проводилось обследование и лечение 435 спортсменов в возрасте от 16 до 40 лет включительно, перенесших травмы верхних и нижних конечностей. Выполнен сравнительный анализ эффективности лечения за 3 года.

Было пролечено следующее количество больных: в 2014 г. – 126 чел., в 2015 г. – 142 чел., в 2016 г. – 167 чел. В числе пациентов были спортсмены, самостоятельно обратившиеся или направленные в республиканский врачебно-физкультурный диспансер учреждениями здравоохранения г. Саранска и Республики Мордовия для консультации или проведения курса лечения с применением методов лечебной физкультуры, массажа, физиотерапевтических процедур.

Результаты. Эффективность лечения оценивалась следующим образом. С выздоровлением выписывались спортсмены, прошедшие курс лечения и прибывшие на заключительный осмотр; у них было отмечено восстановление трудоспособности, выдавались справки с разрешением приступать к тренировкам и участвовать в соревнованиях. С улучшением выписывались пациенты, которым рекомендовалось заниматься физическими упражнениями в щадящем и щадяще-тренирующем режиме. Выписанных без изменений, а также пациентов, у которых было бы выявлено ухудшение, в результате лечения, за отчётный период не отмечалось.

Заключение. Имеется положительная динамика среди пациентов, выписанных с выздоровлением (в %: 59,5; 65,4; 75,7), стабилизация числа выписанных с улучшением (в %: 40,5; 34,6; 28,7). Повышению эффективности лечения, на наш взгляд, способствует расширение объёма и улучшение качества лечебно-диагностических процедур, внедрение новых методик.

Выводы. В условиях преобразований в отрасли здравоохранения, массового развития физической культуры и спорта возрастает значение деятельности врачебно-физкультурной службы. Расширяется объем медицинской помощи спортсменам после перенесенных травм опорно-двигательного аппарата.

Наши задачи: внедрять новые, современные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики при заболеваниях и травмах у спортсменов и населения.



ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПОДВОДНОГО ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Бородулина И.В., Бадалов Н.Г.

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

Тракционная терапия – метод лечения боли в нижней части спины, связанной с дегенеративным поражением позвоночника. Существуют два основных вида тракции, значительно отличающихся друг от друга по клиническому эффекту и переносимости: сухая и подводная. Подводное вытяжение позвоночника может быть осуществлено как в вертикальном, так и горизонтальном режимах.

Подводное горизонтальное вытяжение используется, в основном, при патологии грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Данная методика имеет ряд преимуществ, так как при ее применении достигается глубокое расслабление паравертебральных мышц и разгрузка связочного аппарата позвоночно-двигательного сегмента. Исследователи русской физиотерапевтической школы внесли значительный вклад в изучение и разработку различных техник, выявление показаний и противопоказаний. Основные принципы были заложены во второй половине 20 века. Так, Лисунов В.А. внедрил методику вытяжения с использованием увеличивающегося веса за счет различных грузов, при этом пациент находился в горизонтальном положении на нейротракционном щите и фиксировался за грудной отдел позвоночника и тазовый пояс. Киселев В.Б. использовал методику «провисания», при которой вытяжение осуществлялось за счет веса собственного тела пациента, фиксированного за область подмышек и лодыжки. Пушкарева А.А. и Воздвиженская В.С. применили сочетанную методику, при которой пациент находился в позиции «провисания» с фиксацией за грудной отдел позвоночника и тазовый пояс, но при этом в качестве нагрузки выступали как собственная масса больного, так и дополнительный вес грузов. Вытяжение осуществлялось в постоянном режиме.

Материалы и методы. Были исследованы 10 пациентов (6 женщин и 4 мужчин) с болевым синдромом в нижней части спины без симптомов радикулопатии, обусловленным дегенеративным поражением позвоночника. Нозологические формы включали в себя протрузию межпозвонкового диска, стеноз позвоночного канала, спондилолистез 1 степени, спондилоартроз. Диагноз был подтвержден данными объективного неврологического осмотра и диагностическими методами нейровизуализации (магнитно-резонансная томография, рентгенография с функциональными пробами). Была применена модифицированная сочетанная методика Пушкаревой-Воздвиженской.

Во время лечебной процедуры пациенты полностью помещались в ванну, наполненную водой индифферентной температуры (37-38 градусов по Цельсию), фиксировались специальными корсетами за грудной отдел позвоночника и тазовый пояс. Вытяжение осуществлялось за счет веса собственного тела и дополнительной аппаратной нагрузки, составляющей во время первой процедуры 10% от массы пациента. При каждой последующей процедуре нагрузка увеличивалась на 3кг. Подводное горизонтальное вытяжение позвоночника производилось в переменном режиме: 60 секунд нагрузки, 30 секунд расслабления, общая длительность процедуры составляла 25 минут. Терапия осуществлялась через день, на курс 6 процедур. В качестве методов оценки использовались данные клинико-неврологического осмотра, опросники Ролланда-Мориса, Квебекский опросник при боли в спине, Освестри, определение результата лечения по шкале Маснав. Оценка производилась до начала лечения и по окончании курса (12-й день).

Результаты. Все пациенты прошли полный курс лечения, при этом ни у кого не было отмечено побочных эффектов. У всех пациентов было зафиксировано субъективное уменьшение болевого синдрома, улучшение подвижности в поясничном отделе позвоночника и переносимости физической нагрузки. При объективном осмотре отмечалось уменьшение локальной болезненности при исследовании пояснично-крестцового отдела позвоночника. Результаты предлагаемых опросников отражали положительную динамику изменений после лечения. В среднем эффект от проводимого лечения пациенты отмечали после второй процедуры.

Заключение. Полученные результаты могут свидетельствовать об эффективности применения подводного горизонтального вытяжения по модифицированной методике Пушкаревой-Воздвиженской в лечении пациентов с болью в нижней части спины, обусловленной дегенеративным поражением позвоночника. Данная методика безопасна и может быть использована в реабилитации данной категории пациентов. Однако следует проводить четкий отбор больных в соответствии с показаниями. Для достоверных выводов необходимо продолжение исследования для оценки отсроченных результатов и статистического анализа полученных результатов.

ОБЩИЕ ГИДРОГАЛЬВАНИЧЕСКИЕ ВАННЫ КАК МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА

¹Бородулина И.В., ¹Бадалов Н.Г., ²Гуща А.О.

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России,

²ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва, Россия

Общие гидрогальванические ванны – это лечебный метод, основанный на сочетанном воздействии на организм низкочастотного электрического тока и пресной воды. Механизм терапевтического действия обусловлен синергетическим эффектом двух физических факторов, обладающих противовоспалительным, обезболивающим, улучшающим микроциркуляцию свойствами. Первое упоминание о применении гидрогальванических ванн относится к 1802 году, после чего и методика, и используемое оборудование претерпели значительные изменения и были усовершенствованы, что позволило обеспечить безопасность процедур. Впоследствии в различных клинических исследованиях была показана эффективность метода в лечении пациентов с ревматоидным и псориатическим артритом, анкилозирующим спондилоартритом, диабетической ангиопатией. Тем не менее, количество научных публикаций и исследовательских работ, посвященных действию и клиническому использованию гидрогальванических ванн, в настоящее время весьма ограничено. Одним из перспективных направлений применения данного метода немедикаментозного лечения представляется терапия пояснично-крестцовой радикулопатии, обусловленной дегенеративным поражением позвоночника.

Материалы и методы. Представляемая информация в настоящий момент отражает промежуточный этап проспективного рандомизированного исследования, в которое предполагается включить 60 пациентов (30 человек активной группы лечения и 30 – контрольной группы). Исследованы 15 больных (11 женщин и 4 мужчин) с клиническими симптомами пояснично-крестцовой радикулопатии, обусловленной дегенеративным поражением позвоночника, с длительностью заболевания более, чем 3 месяца. Диагноз был подтвержден данными объективного неврологического осмотра и диагностическими методами нейровизуализации (магнитно-резонансная томография, рентгенография). Трое из включенных в исследование пациентов имели в анамнезе оперативное вмешательство на позвоночнике в срок не позднее, чем за 6 месяцев до начала лечения. Средний возраст пациентов составил 42 (25-65) года. Критериями исключения являлось наличие у больных острых инфекционных заболеваний, беременности, злокачественного онкологического процесса, имплантированных водителей ритма и других устройств, управляющих физиологическими функциями организма, металлических имплантов, а также непереносимость электрического тока. Кроме того, не допускалось одновременное посещение других физиотерапевтических процедур. Перед началом исследования все пациенты подписывали информированное согласие, также документировались анамнез болезни, сведения о предшествующей терапии и применении физиотерапевтического лечения.

Во время лечебной процедуры пациенты полностью помещались в ванну, наполненную водой индифферентной температуры (37-38 градусов по Цельсию), после чего с трех пар поперечно расположенных электродов подавался диадинамический ток частотой 100 Гц. Интенсивность электрического тока постепенно увеличивалась до комфортного ощущения вибрации у пациента и в среднем достигала значений 200-350 мА. Длительность процедуры составляла 15 минут, на курс 10 сеансов (5 раз в неделю с перерывом на выходные дни). В качестве методов оценки использовались данные клинично-неврологического осмотра, опросники DN4, PainDetect, Освестри, визуально-аналоговая шкала (ВАШ), SF-36, шкала депрессии Бека, стимуляционная электронейромиография, выполненная с нижних конечностей, включавшая исследование F-волны и H-рефлекса, диагностическая транскраниальная магнитная стимуляция (регистрация с m. abductor hallucis). Оценка производилась до начала лечения, по окончании курса (14-й день) и через 3 месяца после завершения терапии.

Результаты. Все пациенты прошли полный курс лечения, при этом ни у кого не было отмечено побочных эффектов. У 13 пациентов зафиксировано уменьшение болевого синдрома, что было подтверждено данными предлагаемых опросников, 2 из указанных больных имели в анамнезе оперативное лечение. В среднем



эффект от проводимого лечения пациенты отмечали после четвертой процедуры. В качестве статистических методов анализа использованы непараметрические тесты для переменных совокупностей с ненормальным распределением. Критерий Вилкоксона применен для оценки достоверности изменений значений до лечения и после завершения курса (14-й день). Была рассчитана медиана (квартили 25%-75%), изменение которой составило для ВАШ: типичный уровень боли – от 5 (3-5) до 1 (0-3), $p < 0,05$, боль в момент заполнения опросника – от 4 (2-5) до 2 (0-3), $p < 0,05$; для DN4 – от 4 (3-5) до 1 (0-2), $p < 0,05$; для PainDetect – от 7 (5-9) до 4 (1-8), $p < 0,05$; для опросника Освестри – от 27% (22-46) до 16 (10-42), $p < 0,05$; для шкалы депрессии Бека – от 13 (4-14) до 6 (0-10), $p < 0,05$.

Заключение. Исходя из полученных результатов данного этапа исследования, можно предположить, что метод гидрогальванических ванн эффективен и безопасен для лечения пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией, обусловленной дегенеративным поражением позвоночника. Гидрогальванические ванны также могут быть использованы в реабилитации пациентов с перенесенным оперативным вмешательством на позвоночнике. Данная терапевтическая методика уменьшает степень болевого синдрома, как ноцицептивного, так и нейропатического его компонентов, а также положительно влияет на эмоциональное состояние больных. Для достоверных выводов необходимо продолжение исследования для оценки отсроченных результатов и сравнения полученных данных с таковыми у пациентов контрольной группы.

ПРОБЛЕМА ДОРСОПАТИЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАЛЕ «DAVID BACK CONCEPT»

Бурцева С.Ю., Запольская Ю.А.

МЦ «Академия Здоровья» г. Чита, Россия

Цель: оценить эффективность лечения и профилактики комплекса специализированных тренажеров «DavidBackConcept» подростков с диагнозом: Дорсопатия шейного и грудного отдела позвоночника.

Актуальность темы: Проблема дорсопатий, осложненных болевым синдромом (дорсалгии) подросткового возраста (детей от 11 до 18 лет) в настоящее время стоит очень остро (по данным многих исследований доходит до 25 % в популяции). Основной причиной обращения подростков за медицинской помощью является боль в спине, возникающая как при статических, так и при физических нагрузках, а в редких случаях и в покое. Также имеются следующие жалобы: на нарушение осанки - сутулость, асимметрию плечевого пояса, искривление оси позвоночника; чувство скованности, дискомфорта при длительной статической нагрузке, повышенная утомляемость мышц спины и шеи, невозможность удерживать длительно определенные позы, головные боли, при смене положения - потемнение в глазах, головокружения. Все это, является, в основном, следствием разных состояний – особенностями течения беременности у матери, натальной травмы позвоночника. В дальнейшем, на развитие дорсопатии влияет быстрый рост детей на фоне нерационального образа жизни - отсутствие активных игр, прогулок, использование гаджетов, требующих длительного вынужденного положения, ношение тяжелых сумок на одном плече, раннее использование обуви на высоких каблуках, сон на мягких, нефункциональных подушках и матрацах, диванах. На комплексе «DBC» проводится профилактика и лечение подростков возраста от 11 лет и старше с диагнозом: Дорсопатия шейного и грудного отдела позвоночника - юношеский остеохондроз (М 42.0), дорсопатия ШОП (М53.8), спинальная нестабильность (М53.2).

Материалы и методы исследования: Для оценки эффективности комплекса «DBC» были взяты 2 группы подростков в возрасте от 11 лет до 18 лет. Первая группа - контрольная 21 человек (проводилось медикаментозное лечение-сосудистые препараты, противовоспалительные, витамины группы В), из них 13 девочек и 8 мальчиков. Вторая группа состояла из 35 подростков, из них 20 девочек и 15 мальчиков, получившая базовый курс лечения (см. выше) и курс лечения на «DBC», включающего в себя 12 занятий по индивидуальной программе. Комплекс позволяет провести оценку подвижности разных отделов позвоночника, определить максимальную силу мышц туловища и шеи, а также определить наличие и степень дисбаланса мышц-антагонистов и определить допустимый уровень тренировочной нагрузки. По окончании курса лечения на данном комплексе проводится контрольный тест и автоматически анализируются полученные результаты первичного теста и заключительного. Перед курсом занятий были проведены следующие исследования:

1. Оценка неврологического и ортопедического статуса - по оценочной шкале боли ВАШ-0 баллов - у 31% подростков, 2-3 балла - у 60% подростков, 4-5 балла - у 9 % подростков, визуально - нарушение осанки в виде уплощения или усиления грудного кифоза у 27%, выпрямления шейного лордоза - у 78%, отклонение оси позвоночника как С - образно, так и S –образно, выявленное при наклоне вперед – у 37%. Напряжение паравертебральных мышц - у 86% детей по пятибалльной оценочной шкале-1-2 балла.

2. По данным лучевой диагностики (проводились в поликлинике по месту жительства детей)-Признаки раннего остеохондроза, в шейном отделе, застарелые ротационные подвывихи С1, в грудном отделе - признаки раннего остеохондроза, отклонение оси позвоночника до 10 градусов, наличие грыж Шморля.

3. На комплексе тренажеров «DBC» с диагностической встроенной системой было выявлено у 10% испытуемых выявлено ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, у 54% подростков - наличие дисбалансов (от 10 и более %) мышц передней и задней поверхности шейного и пояснично-грудного отдела, боковых и косых мышц живота, у 67% подростков выявлены дефициты силы мышц (от 10% и более) шейного отдела, и у 94% подростков дефицит силы мышц пояснично-грудного отдела. Мышечная сила снижена на 10-56% от нормы, рассчитанной индивидуально для каждого конкретного пациента с учетом возраста, веса и роста.

Результаты и обсуждения: контроль проводился через месяц от начала занятий основной группы на тренажерах системы «DBC». Основная и контрольная группы показали следующие результаты:



1. Основная группа на комплексе «DBC» показала: увеличение подвижности позвоночника у 100% подростков на 5% - 15%, уменьшение мышечных дисбалансов у 46 % подростков на 7-30%, увеличение силы мышечного корсета у 75% подростков на 10-45%. Субъективно подростки основной группы отметили уменьшение утомляемости, уменьшение или отсутствие болей по позвоночнику, увеличение устойчивости к физическим и статическим нагрузкам, многие отметили улучшение успеваемости в школе.

2. При повторном обследовании на комплексе «DBC» контрольная группа достоверно-значимых результатов не показала. Подростки из контрольной группы, получающие медикаментозное лечение, отмечали уменьшение болевого синдрома, уменьшение головных болей.

Вывод. Специализированный комплекс «DavidBackConcept» способствует формированию мышечного корсета позвоночника у подростков, тем самым является важным средством при лечении и профилактики дорсопатий шейного и грудного отдела позвоночника.

ВЛИЯНИЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТАТИЧЕСКОГО И ДИНАМИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ НА ПОСТУРАЛЬНЫЙ БАЛАНС У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Воловец С.А.¹, Сергеенко Е.Ю.², Даринская Л.Ю.¹, Яшинина Ю.А.¹, Волкова О.В.¹, Житарева И.В.², Панова Т.И.²

¹ГАУ города Москвы Научно-практический центр медико-социальной реабилитации инвалидов имени Л.И. Швецовой,

*²ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, г. Москва, Россия
Bespoyasnaya85@mail.ru*

Двигательные и координаторные нарушения, возникающие после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), значительно увеличивают риск падения в статике и при ходьбе. Современное оборудование позволяет проводить координаторные тренировки в статическом и динамическом режимах с одновременной коррекцией двигательного стереотипа путем воздействия на паттерн ходьбы и мышечную силу.

Цель работы: оценка эффективности применения системы для восстановления статического и динамического равновесия «Balance tutor» в комплексной реабилитации пациентов с последствиями ОНМК.

Материал и методы. Обследовано 72 пациента с нарушением постурального баланса после ОНМК в бассейне средней мозговой артерии в восстановительном периоде. Из них 32 (44,6%) женщины и 40 (55,4%) мужчин. Длительность заболевания составила от 5,5 до 11 мес. В основную группу вошло 37 пациентов и 35 пациентов – в группу сравнения.

Все обследуемые пациенты прошли курс реабилитации по стандартной схеме (магнитотерапия, парафинотерапия, массаж пораженных конечностей и рефлексорных зон; координаторная лечебная гимнастика, циклическая механотерапия для верхних и нижних конечностей). Дополнительно пациентам основной группы проводились занятия с использованием системы «Balance tutor». Для контроля эффективности предлагаемой методики всем больным до курса реабилитации и после нее проводили электронеуромиографическое и стабилметрическое исследования. Обработка полученных результатов осуществлялась с помощью статистической программы Statistica версия 10,0.

Результаты. В группе больных, получавших реабилитацию с применением системы Balance tutor, регистрировалось улучшение электронеуромиографических, электромиографических показателей. После проведенного реабилитационного курса в основной группе с помощью ЭМГ выявлено увеличение амплитуды кривой максимального мышечного напряжения на стороне двигательных нарушений до $243,7 \pm 18,6$ мкВ в m. opponens pollicis и $447,26 \pm 24,7$ мкВ в m. peroneus longus. В то время как, амплитуда кривой максимального мышечного напряжения до реабилитации в этой группе составила $181,9 \pm 17$ мкВ в m. opponens pollicis ($p=0,0491$, критерий Тьюки), и $236,73 \pm 22$ мкВ в m. peroneus longus ($p=0,0117$, критерий Тьюки). В группе сравнения амплитуда кривой максимального мышечного напряжения до реабилитации составила $178,92 \pm 19$ мкВ в m. opponens pollicis и $226,53 \pm 21$ мкВ в m. peroneus longus; после курса реабилитации амплитуда на стороне двигательных нарушений увеличилась до $197,3 \pm 18,1$ мкВ в m. opponens pollicis ($p=0,0791$, критерий Тьюки), и $277,26 \pm 23,7$ мкВ в m. peroneus longus ($p=0,0511$, критерий Тьюки).

По данным ЭНМГ в основной группе амплитуда моторного ответа по срединному нерву с паретичной стороны возросла с $1,8 \pm 0,7$ мВ до $2,54 \pm 0,9$ мВ, в группе сравнения - с $1,75 \pm 0,7$ мВ до $1,87 \pm 0,5$ мВ ($p=0,0563$, критерий Манна-Уитни); по малоберцовому нерву в основной группе с паретичной стороны - с $1,87 \pm 0,8$ мВ до $2,97 \pm 0,9$ мВ, в группе сравнения - с $1,78 \pm 0,8$ мВ до $1,97 \pm 0,5$ мВ ($p=0,0063$, критерий Манна-Уитни).

После курса реабилитации отмечен положительный вектор в изменении стабилметрических показателей. Уменьшение площади статокинезиограммы в положении «глаза открыты» (ГО) наблюдалось в обеих группах, но с более выраженной динамикой в основной группе ($82,3 \pm 21,43$ мм² - в основной группе, $115,4 \pm 31,56$ мм² - в группе сравнения, против $120,4 \pm 31,24$ мм² в основной группе и $123,16 \pm 34,87$ мм² в группе сравнения до курса реабилитации, $p=0,0476$, критерий Манна-Уитни). Достоверные изменения площади статокинезиограммы отмечены в положении «глаза закрыты» (ГЗ), с более значимым результатом в основной группе ($160,45 \pm 24,63$ мм² - в основной группе, $247,58 \pm 41,39$ мм² - в группе сравнения, против $254,5 \pm 27,5$ мм²



в основной группе и $269,86 \pm 32,71$ мм² в группе сравнения до курса реабилитации, $p=0,0072$, критерий Манна-Уитни), что является очевидным показателем возрастания роли проприоцептивной системы в удержании вертикального положения и улучшения функции зрительно-моторной связи. Вышеуказанные данные подтверждаются уменьшением значений коэффициента Ромберга (после курса реабилитации $-194,91 \pm 21,62\%$ в основной группе, $214,54 \pm 19,74\%$ в группе сравнения, до курса реабилитации $-211,37 \pm 16,24\%$ в основной группе и $219,11 \pm 20,31\%$ в группе сравнения $p=0,0798$, критерий Манна-Уитни). Статистически значимое уменьшение скорости перемещения ЦД зафиксировано в основной группе в положении ГО ($11,09 \pm 1,06$ мм/с, а в группе сравнения $17,05 \pm 1,42$ мм/с, против $18,63 \pm 1,79$ мм/с в основной группе и $18,09 \pm 1,99$ мм/с в группе сравнения до курса реабилитации, $p=0,0176$, критерий Манна-Уитни) и в положении ГЗ ($18,09 \pm 2,08$ мм/с в основной группе и $27,91 \pm 4,5$ мм/с в группе сравнения, против $28,25 \pm 2,56$ мм/с в основной группе и $29,61 \pm 4,03$ мм/с в группе сравнения до курса реабилитации, $p=0,0037$, критерий Манна-Уитни), что свидетельствует об улучшении статического равновесия и увеличении устойчивости пациентов, преимущественно в основной группе.

На основании проведенного исследования с применением системы «Balance tutor» у пациентов с нарушением постурального баланса после ОНМК в восстановительном периоде следует полагать, что использование предлагаемой методики способствует увеличению мышечной силы в пораженных конечностях (преимущественно в нижних) и улучшению показателей равновесия.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАНЯТИЙ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБОЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

Володина К.А.^{1,2}, Линчак Р.М.¹, Ачкасов Е.Е.², Алаева Е.Н.¹, Курбакова Е.В.²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России,

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель исследования: оценить клиническую эффективность амбулаторно-поликлинического этапа физической реабилитации посредством занятий скандинавской ходьбой у пациентов с ОКСб/ST, перенесших экстренное ЧКВ на симптом-связанной артерии, с помощью суточного мониторирования ЭКГ до и после программы реабилитации.

Материалы и методы. В проспективное исследование было включено 34 пациента (средний возраст $59,5 \pm 8,6$ лет; 76% мужчин, 24% женщин), перенесших ОКСб/ST с экстренным ЧКВ на симптом-связанной артерии и неосложненным течением послеоперационного периода. Пациенты в течение 3-х месяцев занимались скандинавской ходьбой в условиях отделения реабилитации консультативно-диагностического центра. Программа включала в себя тренировки с периодичностью 3 раза в неделю, состоящие из 15 минутной разминки с упражнениями со специальными палками, последующим 30-минутным аэробным блоком скандинавской ходьбы (3 минуты – 25% от пороговой мощности; 30 минут – 50-60% от пороговой мощности; 5 минут – 30% от пороговой мощности) и заключительная 10-минутная растяжка. Всем пациентам до и после курса физической реабилитации было проведено суточное мониторирование ЭКГ, с оценкой следующих параметров: ЧСС_{ср}, ЧСС_{мин}, ЧСС_{макс}, предсердные экстрасистолы (ПЭ), желудочковые экстрасистолы (ЖЭ).

Результаты. У пациентов после курса реабилитации отмечено: достоверное снижение среднего значения ЧСС_{ср} (с $68,8 \pm 7,3$ до $65,2 \pm 6,7$; $P=0,001$), ЧСС_{мин} (с $48,1 \pm 6,8$ до $44,8 \pm 6,8$; $P=0,001$), снижение частоты возникновения ЖЭ ($p=0,016$). Достоверных различий между средними величинами ПЭ до и после программы кардиореабилитации у пациентов не выявлено, однако, была отмечена тенденция к их снижению.

Заключение. Предложенная программа реабилитации посредством скандинавской ходьбы пациентов с ОКСб/ST, перенесших экстренное ЧКВ симптом-связанной артерией, приводит к достоверному снижению среднего значения ЧСС_{ср}, ЧСС_{мин} и уменьшает количество ЖЭ.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СНИЖЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Воронцов С.А., Кириченко О.В., Макарова И.Ю.

ФГБУ «Объединенный санаторий «Подмосковье» Управления делами Президента РФ, г. Домодедово, Московская область, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) занимает лидирующее положение в структуре общей встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). На фоне общей популяции с сохранной почечной функцией частота встречаемости АГ при хронической болезни почек намного выше. Однако проводимое лечение в большинстве случаев имеет невысокую эффективность. Это предполагает необходимость разработки более доступных и эффективных лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования: определение влияния лечебного комплекса санатория, включающего в себя терапевтическое воздействие на функциональные системы органов и психотерапевтическую коррекцию, на клиническую симптоматику и психоэмоциональный статус пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: обследовано 119 пациентов с артериальной гипертензией, проходивших лечение в ФГБУ «ОС «Подмосковье» (78 женщин, 41 мужчин, средний возраст 54 ± 6 лет). Лечение включало в себя комплекс медицинских назначений и психотерапию, коррекция применяемой пациентами медикаментозной терапии не проводилась. Применялось исследование клинико-лабораторных показателей, данных антропометрических измерений, суточное мониторирование артериального давления, психологическое обследование состояния когнитивных процессов и уровня качества жизни.

Результаты: у 68% обследованных пациентов наблюдалось ожирение I-II степени, высокие показатели АД, гиперлипидемия, что указывало на высокий риск возникновения и прогрессирования ССЗ. У 73% больных скорость клубочковой фильтрации (СКФ) соответствовала высокому риску возникновения хронической болезни почек (ХБП) и находилась в интервале от 60 до 90 мл/мин. После прохождения курса санаторного лечения у пациентов отмечалась нормализация среднесуточного АД (в среднем от $143 \pm 8 / 95 \pm 4$ к $134 \pm 2 / 90 \pm 3$ мм рт. ст.), снижение уровня общего холестерина (от $5,9 \pm 0,3$ к $5,4 \pm 0,4$ ммоль/л) и ЛПНП (от $4,3 \pm 0,2$ к $3,8 \pm 0,1$ ммоль/л), нормализация уровня глюкозы (от $6,22 \pm 0,2$ к $5,9 \pm 0,4$ ммоль/л) и повышение уровня ЛПВП (от $0,62 \pm 0,3$ ммоль/л к $0,84 \pm 0,1$ ммоль/л). Также отмечено снижение среднего веса по группе (от $96,2 \pm 5,5$ к $91,1 \pm 3,4$ кг). Психодиагностическое обследование выявило значимое улучшение слухоречевой памяти, повышение устойчивости произвольного внимания и рост скорости умственной работоспособности. Исследование качества жизни показало улучшение показателей по параметрам «уровень боли», «активность», «социальное функционирование», «психическое здоровье».

Выводы: по группе обследованных пациентов после санаторного лечения наблюдалось улучшение основных биохимических показателей, нормализация АД, повышение уровня когнитивных процессов, а также субъективно переживаемое улучшение качества жизни.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ДО И ПОСЛЕ: ПОДГОТОВКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Горбунова Е.А., Аполихина И.А.

*Отделение эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова
МЗ РФ, г. Москва, Россия*

Дисфункция тазового дна, включающая в себя недержание мочи, недержание кала, опущение тазовых органов и сексуальную дисфункцию, является состоянием, оказывающим выраженное негативное влияние на качество жизни женщины. Предотвращение этой проблемы должно стать главной прерогативой в вопросах реабилитации женщины после родов, а также на этапе подготовки к беременности и родам, т.к. женское тазовое дно становится крайне уязвимым именно на фоне таких важных событий в жизни женщины, как вынашивание и рождение ребёнка.

Дисфункция тазового дна может проявляться не сразу, а через определённый период, уже после декомпенсации анатомических и физиологических механизмов, осуществляющих поддержку тазового дна. Поэтому использование превентивных мер, направленных, в первую очередь, на модифицируемые факторы риска, является ключевой задачей в вопросах подготовки женщин с отягощенной наследственностью, уже имеющими изменения на тазовом дне, в беременности, родам и поведенческой терапии в послеродовом периоде.

Начнём с того, что прогнозировать развитие дисфункции тазового дна у женщины мы можем ещё на этапе подготовки к беременности. Немаловажную роль здесь играет наследственность и образ жизни. В случае развития пролапса тазовых органов, варикозного расширения вен нижних конечностей, аневризмы аорты, грыжевых выпячиваний у женщины, мы можем прогнозировать наследуемую недифференцированную дисплазию соединительной ткани. Выявление у женщины миопии высокой степени, позвоночных грыж, дискинезии желчевыводящих путей, нефроптоза, паховых, пупочных или послеоперационных грыж, даёт основание предполагать изменение качества структур тазового дна во время беременности и после родов. В таких ситуациях мы можем повлиять на модифицируемые факторы риска, которые без их коррекции спровоцируют развитие дисфункции тазового дна не только после родов, но уже на этапе вынашивания беременности. К этим факторам относится ожирение, курение, потребление алкоголя или газированных напитков, запоры и сидячий образ жизни. Кроме того, значительно объективизировать для пациентки её факторы риска позволяет заполнение шкалы UR-CHOICE между 37й и 38й неделей беременности, и в ранние сроки при патологической прибавке веса для прогнозирования дисфункции тазового дна после родов у конкретной пациентки.

У женщин с факторами риска, выявленными до наступления беременности, с признаками опущения тазовых органов, проявляющимися уже в течение беременности, кроме рекомендаций относительно веса тела, поддержаний уровня витамина Д и тренировок мышц тазового дна, адекватной физической нагрузки при беременности, необходим своевременный подбор бандажа, а также акушерского разгрузочного pessaria. Последний у повторнородящих женщин можно использовать уже с 18-19 недель после проведения скрининга 2го триместра.

Ключевым фактором риска развития дисфункции тазового дна являются роды через естественные родовые пути. У женщин с высоким показателем шкалы UR-CHOICE, возможен выбор в пользу Кесарева сечения, особенно при высоком риске применения акушерских щипцов или вакуум-экстракции плода. В родах через естественные родовые пути крайне важным остаётся сохранение целостности m. levator ani или его полноценное восстановление при разрывах или разрезах промежности. Соблюдение восстановления целостности мышц согласно их анатомическому строению является важным фактором в сохранении поддерживающей функции у структур тазового дна.

После родов важно уделять внимание не только грудному вскармливанию, сокращению матки, но и состоянию тазового дна, что, к сожалению, часто остается вне поля зрения как самой женщины, так и врача акушера-гинеколога. Более того, увлеченная заботами о ребенке, женщина упускает время, во время которого мы можем предотвратить развитие опущения матки, недержания мочи и недержания кала. Применение в позднем послеродовом периоде урогинекологических pessaries позволяет избежать развитие дисфункции тазового дна у молодых женщин после родов даже при наличии факторов риска. Возобновление упражнений Кегеля и тренировок мышц тазового дна без тренажеров необходимо уже в первые сутки после родов,



после заживления тканей - возможно дополнительное использование тренажеров. Для улучшения чувствительности мышц, улучшения трофики тканей позже возможно применение электромагнитной стимуляции, тиббиальной нейромодуляции. При развитии вагинальной атрофии на фоне лактационной аменореи, учитывая невозможность использования гормональных препаратов, мы рекомендуем назначение фракционного фототермолиза с помощью CO₂-лазера или фототермической реконструкции с помощью Эрбиевого лазера. Оба метода используется в нашем отделении с 2012 года, поэтому нами накоплен самый большой опыт использования их в разных возрастных группах. При развитии недержания мочи мы также используем PRP (плазму обогащенную тромбоцитами) с гиалуроновой кислотой для введения в периуретральную зону, что также является современной технологией, возможности которой широки в женщин в послеродовом периоде. При разрыве леватором 1-2 ст. возможен малоинвазивный лифтинг промежности рассасывающими нитями. Следует особо подчеркнуть, что все эти методы мы успешно сочетаем между собой и используем.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА ПЕРВОМ И ТРЕТЬЕМ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Горянная Н.А., Ишекова Н.И., Попов В.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, Россия

Эндопротезирование тазобедренного сустава - оперативное вмешательство, которое проводят при выраженном нарушении его функции. Процесс реабилитации после операции позволяет решить сложные проблемы по восстановлению подвижности в пораженном суставе и опороспособности конечности, вернуть способность к самообслуживанию и полноценной жизни.

Цель исследования – проанализировать динамику психоэмоционального состояния пациентов на первом и третьем этапах реабилитации после операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы исследования. Обследовано 43 пациента (26 женщины и 17 мужчин, средний возраст $55,81 \pm 7,8$ лет), перенесших операцию тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. У пациентов определяли интенсивность боли по методу визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), объем движений в суставе, мышечную силу, психоэмоциональное состояние оценивали при помощи опросников тревожности Спилберга и депрессии Цунга. Исследование проводилось дважды: через 10 дней после операции (I этап реабилитации) и через 3 месяца прохождения реабилитации (III этап реабилитации).

Анализ объема движений в тазобедренном суставе на III этапе реабилитации выявил, что амплитуда всех движений статистически значимо увеличилась, что обусловлено расширением двигательных возможностей и укреплением мышц, окружающих сустав. Так, сгибание к концу I этапа составило $31,0 \pm 24,90$ ($4-80$)°, на III этапе – $95,63 \pm 11,54$ ($75-130$)°, $p=0,001$, разгибание в суставе при первом исследовании – $0,27 \pm 1,09$ ($0-5$)°, при втором – $7,20 \pm 4,66$ ($1-15$)°, $p=0,001$. Приведение и отведение в суставе на I этапе составило $0,77 \pm 1,57$ ($0-6$)° и $9,11 \pm 10,02$ ($0-35$)°, $p=0,001$, на III этапе – $16,62 \pm 5,35$ ° и $23,00 \pm 7,82$ ($5-45$)°, соответственно.

Средние значения мышечной силы пораженной конечности при первом исследовании равнялись $14,40 \pm 13,10$ ($0-47$) сек, при повторном измерении статистически значимо увеличились до $65,09 \pm 33,37$ ($8-160$) сек, $p=0,001$.

При оценке интенсивности боли по шкале ВАШ средние показатели при первом измерении составили $3,35 \pm 2,02$ ($0-7$) балла. При повторном измерении после проведенной реабилитации, интенсивность боли статистически значимо снизилась ($p=0,001$) и составила $2,23 \pm 1,32$ балла ($0-5$).

На фоне уменьшения боли и проводимой реабилитации улучшилось психоэмоциональное состояние пациентов.

Так частота встречаемости ситуационной тревожности при первом измерении показала, что низкая тревожность отмечалась у 1 пациента (2,3%), умеренная тревожность - у 12 пациентов (27,9%), высокий уровень тревожности отмечен у 30 (69,8%) пациентов. В конце III этапа реабилитации уровень тревожности изменился, так низкий уровень тревожности отмечен у 10 пациентов (2,1%), у 20 (46,5%) пациентов - умеренный уровень тревожности, прирост составил (-40,0%), у 13 (30,2%) человек высокий уровень тревожности, показатель прироста (-56,7%).

Показатели личностной тревожности на первом этапе реабилитации составили: умеренный уровень - 8 (18,6%) человек, высокий уровень - 35 (81,4%) человек. После полного курса реабилитации показатель низкой тревожности выявили у 8 человек (18,6%). Умеренный уровень у 18 человек (41,9%), показатель прироста - 125%. Высокий уровень у 17 пациентов (39,5%), количество пациентов с высоким уровнем тревожности после операции снизилось на 18 человек, прирост показателя (-51,4)%. Сравнение показателей ситуационной и личностной тревожности в динамике исследованиях не выявили достоверных различий.

При исследовании уровня депрессии на первом этапе выявили: в 32 (74,4%) случаях выявили нормальное состояние пациентов, легкая депрессия у 11 (25,6%) пациентов. Количество пациентов на III этапе ре-



абилитации с нормальным уровнем депрессии снизилось на 13 человек и составило 19 человек (80,0%), показатель прироста (- 41%), показатель легкой депрессии выявлен у 24 пациентов (18,6%) показатель прироста 118,0%, умеренный и высокий уровни выявлены не были. При исследовании уровня депрессии были выявлены статистически достоверные различия при $p=0,05$.

Реабилитационная программа включала медикаментозную терапию, физиотерапевтические процедуры и лечебную гимнастику. В конце III этапа реабилитации 8 (18,6%) пациентов передвигались с дополнительной опорой на трость, 2 (4,7%) с опорой на два костыля. Пациенты жаловались на боль в коленном суставе, а также на отсутствие опороспособности и силы в оперированной ноге. В связи с выявленными осложнениями, было рекомендовано профилактическое выполнение лечебной гимнастики для коленных суставов и проведение дополнительных физиотерапевтических процедур.

Анализ наличия депрессии выявил у 13 (30,2%) пациентов повышение уровня с нормального на легкий, что может быть связано с наличием двигательных нарушений, а также отсутствием ожидаемой полноценной ходьбы.

Таким образом, исследование показало, что уровень личностной и ситуационной тревожности на третьем этапе реабилитации стал ниже среди пациентов с умеренным и высоким уровнем, а также увеличилось количество пациентов с нормальным уровнем. Из выше изложенного видим, что в большинстве случаев после операции эндопротезирования тазобедренного сустава на фоне снижения уровня боли, положительной динамики двигательных нарушений, увеличения мышечной силы, отмечается улучшение психоэмоционального состояния пациентов.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И МЕТОД ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, А ТАКЖЕ ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА И КУРОРТОЛОГИЯ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ СТРАНЫ В ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ ЧЕЛОВЕКА

Гращенко А. Н., Корчажская Н.Б.

Кафедра восстановительной медицины, спортивной медицины, лечебной физкультуры, курортологии и физиотерапии, ФГБУ ДПО «ЦГМА», ФГБОУВО «МГУ ПС Им. Николая II», г. Москва, Россия

Основная цель данной работы – это развитие физического равновесия в рамках чрезвычайно творческого процесса, который сочетает умственные и физические способности человека. Разработать структуру и комплекс групповых занятий, а также лечебную физическую культуру в дальнейшем курортологию у студентов ВУЗов с различными заболеваниями в возрастном периоде. Принцип описания упражнений – от простого к более сложному, научиться эффективно использовать свое тело и ум. Студенты учатся, и думать, и ощущать самостоятельно, посредством своего тела и в процессе этого освобождать слои скрытой в нем кинестетической информации. Поскольку движение координируется взаимодействием нервной, мышечной и скелетной систем, существенная сторона этой работы заключается в целостном подходе к движению. Это достигается путем преобразования движения на нейронном уровне в мозгу, сначала переосмыслением, а затем созданием образа движения, основанного на научных принципах механического равновесия. Постепенно желаемые нейронные связи, по мере их обоснования, организуют подходящие для этого мышцы для осуществления движения и уравнивания скелета в рамках желаемой механически сбалансированной модели.

Материалы и методы: 01.12.2016г. проходило общественное слушание по обсуждению проекта: «Концепции развития студенческого спорта в РФ до 2025 года». Где были вскользь затронуты аспекты медицины в ВУЗах, про реабилитацию и лечебную физкультуру, курортологию не сказано.

Лечебная физкультура — это один из важнейших элементов современного комплексного лечения, под которым понимается индивидуально подобранный комплекс лечебных методов и средств: консервативного, медикаментозного, физиотерапевтического, лечебного питания. Студенты ВУЗов, университетов в зависимости от физического развития, состояния здоровья и функциональной подготовки разделены на 3 группы: основную, подготовительную и специальную медицинскую. Студенты, имеющие отклонения в состоянии здоровья, как правило – хронические заболевания или повреждения опорно-двигательного аппарата, должны заниматься в специальных медицинских группах. Комплектование групп осуществляет врач. Группы формируются по нозологиям. Непрерывный рост количества студентов с нозологиями. В практические занятия по физической культуре я предлагаю включить занятия (ЛФК). За 2016-2017 учебный год мною произведена статистика студентов с заболеваемостью с разными нозологиями, которые занимаются в основной группе физической культурой, а также есть контингент, которые получили справку о нетрудоспособности, но в группу ЛФК не определены.

С точки зрения механических принципов к анализу телесного равновесия дает теоретическую основу для работы по выравниванию. Все физические конструкции (включая человеческое тело) подвергаются действию универсальных сил. Механические принципы объясняют влияние этих сил на перемещение и равновесие конструкции. Учитывая эти принципы, инженеры могут создавать конструкции, которые способны выдерживать направленные на них нагрузки. Баланс сил рождает устойчивое состояние равновесия. Подобно этому, «телесные инженеры» способны прилагать механические принципы к структуре человеческого тела и определять наиболее эффективный способ использования энергии, обеспечивающей равновесие тела, как во время движения, так и в покое. Основные факторы, влияющие на движение и равновесие тела – гравитация, инерция и импульс. Чтобы достигнуть устойчивого состояния равновесия, телу необходимо должным образом противостоять последствиям действия этих сил, выводящим его из равновесия. Тело может противодействовать двумя способами: использовать механическую силу, заключенную в материале и структуре скелета, и использовать жизненную силу посредством нейромышечного аппарата. Для того, чтобы достичь эффективного состояния равновесия, механическая сила, производимая скелетной структурой должна быть настолько увеличена, чтобы жизненная энергия (энергия человека), осуществляемая через нейромышечный аппарат, могла быть минимальной. Это достигается путем тренировок по применению механических принципов равновесия для преобразования живой скелетной конструкции. Когда строение тела точнее отвечает механическим законам равновесия, снижается необходимость применения мышечной силы для поддержания его равновесия. Это высвобождает энергию, затрачиваемую на поддержания равновесия, для более продуктивного решения жизненных задач.

Результат. Профилактика различных нозологий, комплектование восстановительных групп за счет ЛФК у студентов, а также в возрастном периоде. Ведущую роль играет эффективное и комплексная реабилитация в ВУЗах, что способствует снижению вероятности развития других заболеваний. Большую пользу в профилактике и реабилитации заболеваний принесет отказ от курения, борьба с лишним весом и соблюдение диеты. В нашу задачу входит не допустить возникновения различных проблем и ухудшению заболевания.



ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Евстафьева Е.В.¹, Бахитов В.В.², Подшибякин Г.Е.², Тымченко С.Л.¹, Железнова И.О.², Залата О.А.¹, Белалов В.В., Губарев Ю.А.²

¹Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, КФУ им. В.И. Вернадского, г. Симферополь,

²ФГКУ «Санаторно-курортный комплекс «Крымский санаторий «Судак» Министерства Обороны Российской Федерации, г. Судак, Россия

Санаторно-курортное лечение является одним из ключевых этапов в охране здоровья граждан и специфическим видом деятельности здравоохранения в Республике Крым. Повышение его эффективности возможно при максимальном использовании в восстановительно-оздоровительных мероприятиях принципов персонализированной и профилактической медицины. Особенно важно учитывать индивидуальные психофизиологические особенности, биохимический статус организма, его стрессоустойчивость и адаптивные свойства в отношении лиц опасных профессий, которые подвергаются комплексному воздействию стресс-факторов различной природы, включая экологические факторы – как природные (климатогеографические и биогеохимические особенности региона пребывания), так и техногенные (проф. вредность и общий антропогенный фон). Именно эта категория лиц характеризуется высоким риском развития психосоматических расстройств, для которых лечебно-профилактические мероприятия санаторно-курортного лечения наиболее благоприятны. Высокая эффективность медицинской реабилитации лиц таких категорий может быть достигнута при использовании комплекса методов, позволяющих оценить индивидуальные свойства организма и разработать в соответствии с ними реабилитационные мероприятия.

В связи с этим создание системы раннего выявления и своевременной коррекции функциональных нарушений является приоритетным для имеющих опасные профессии, которые повседневно подвергаются действию стрессовых факторов в рамках своей деятельности. Психосоматические расстройства, являясь переходными состояниями, приводят к социально-психологической дезадаптации и сопровождаются дисфункциями висцеральных систем, затрудняя выполнение профессиональных обязанностей, снижая общую производительность и увеличивая социальные и экономические издержки. В последующем данные нарушения при наличии генетической предрасположенности могут трансформироваться в такие заболевания как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и другие заболевания, основным «пусковым» фактором которых являются стрессовые (психогенные) факторы. Еще более действие перечисленных факторов риска усугубляется негативной экологической ситуацией, которая может иметь место в силу как природных (высокая температура, изменение барометрического давления и т.п.), так и антропогенных (техногенных) причин (химическое, электромагнитное загрязнение).

Функциональные нарушения достаточно широко изучены в популяции в целом. Однако стандартные методы оценки, используемые в общеклинической практике, содержат много пунктов, не подходящих для данной группы населения, и включают оценку симптомов психического здоровья, которая может не отражать истинной картины, если речь идет о представителе той или иной опасной профессии, поскольку он может подвергаться действию специфических факторов, оказывающих негативное влияние на психическое здоровье. Поэтому для эффективного оказания помощи при возникновении данных нарушений, угрожающих здоровью, необходимо разработать алгоритм с учетом специфических условий деятельности, ориентированный на комплексную оценку психических процессов, функциональное состояние регуляторных (центральной нервной, вегетативной, эндокринной) и висцеральных систем организма, обеспечивающих приспособительную деятельность организма (сердечно-сосудистая, дыхательная системы) и степень влияния на их функциональное состояние токсичных химических элементов и веществ, широко распространенных в окружающей среде и особенно представленных при некоторых видах профессионального воздействия.

С этой целью на базе военного санатория «Судак» в Республике Крым совместно с Медицинской академией им. С.И. Георгиевского, представленной кафедрой нормальной физиологии, начаты исследования, направленные на разработку алгоритма комплексного психофизиологического и биохимического (в т.ч. эндокринологического) исследования в пред- и постреабилитационный период. Для этого составлена программа ис-

следования, которая включает специальную анкету из 25 вопросов, психологическое и психофизиологическое обследование посредством компьютерного комплекса «НС-Психотест», исследование состояния центральной нервной системы с помощью нейрофизиологического комплекса «Кинезис», позволяющего регистрировать фоновую (текущую ЭЭГ) с регистрацией вызванных зрительных и аудио-потенциалов и программой биообратной связи и аппаратно-программного комплекса «Армис», включающего анализ variability сердечного ритма. Последний совместно с методами корреляционной адаптометрии, определения типа адаптационных реакций по лейкоцитарной формуле и др. Для оценки биохимического статуса, определения элементного дисбаланса и присутствия в организме токсичных элементов и соединений планируется использование аналитического оборудования (рентгено-флуоресцентный спектрометр, газовый хроматограф).

Предлагаемый системный подход позволит оценить индивидуальную стрессоустойчивость и адаптационные возможности, особенности элементного статуса организма, наличие в нем токсичных элементов и веществ и разработать в соответствии с ними индивидуальные реабилитационные программы с оптимальным соотношением физиотерапевтического и психотерапевтического воздействия, коррекцией элементного дисбаланса и состояния внутренней среды, прежде всего, посредством рациона питания, а также оптимального использования природных ресурсов Крымского региона и климатических факторов в реабилитационном периоде.

В совокупности с традиционными методами санаторно-курортного лечения в Крыму: климатотерапии, аппаратной физиотерапии, лечебной физкультуры, диетического питания, психотерапевтического воздействия и другим методам в условиях специально организованного режима будут созданы оптимальные условия не только для восстановления адаптационного потенциала организма и перестройки компенсаторных реакций с профилактической целью, но и восстановление измененного физического и психологического статуса. Адекватная диагностика состояния функциональных систем пациента в начале, в ходе и в конце курса лечения позволит осуществлять адекватный контроль над проводимыми лечебными мероприятиями и объективную оценку эффективности санаторно-курортного лечения.

Безусловно, разработка курса медицинской реабилитации данной категории пациентов в виду профессиональной специфики требует времени. При разработке данного курса также необходимо отслеживать состояние пациентов после прохождения курса. В частности, необходимо определить, какие поведенческие, биологические, медицинские и другие факторы, связанные со здоровьем, способствуют возникновению патологии, то есть выявить факторы риска, влияющие также на течение болезни. Необходимо установить, какие меры эффективны в предотвращении прогрессирования или уменьшении тяжести нарушения после возникновения, то есть оценить функциональные результаты эффективности лечения и восстановления качества жизни. Все вышеперечисленное поможет качественно улучшить процессы рационального использования санаторно-курортного лечения в системе медицинской реабилитации данной категории отдыхающих.



МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ИНТЕНСИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Зайко О.А., Асташов В.В., Петрунина М.А., Рыкова М.С.

Медицинский институт Российского университета дружбы народов г. Москва, Россия

Циклические анаэробные физические нагрузки, не сопровождающиеся реабилитационными мероприятиями, приводят к развитию явлений гипоксии, интенсификацией процессов образования активных форм кислорода, истощением антиоксидантной системы, усилению процессов перекисного окисления липидов.

Целью нашего исследования было изучение влияния физических нагрузок на морфофункциональные изменения в печени и их коррекция аминокислотами, участвующими в биосинтезе трипептида - глутатиона. Исследования проводились на 30 крысах - самцах линии Wistar. Животные были разделены на 3 группы, по 10 особей в каждой. Первую группу составляли контрольные животные. Животные 2 группы подвергались физической нагрузке (плавание в емкости с водой с подвешенным грузом) в течение трёх месяцев. Животные третьей группы наряду с физической нагрузкой получали перорально аминокислоты, участвующие в биосинтезе глутатиона в терапевтической дозировке – предшественники биосинтеза глутатиона (ПБГ).

Интенсивная физическая нагрузка способствует развитию явления гипоксии, о чем свидетельствует уменьшение количества эритроцитов и уровня гемоглобина. На этом фоне происходит стимуляция образования активных форм кислорода, приводящая к истощению фонда антиоксидантов. Активность супероксиддисмутазы, каталазы, глутатионпероксидазы уменьшилась. Концентрация продуктов перекисного окисления липидов - диеновые конъюгаты, малоновый диальдегид (ДК, МД) возросла, что способствовало развитию очаговых дистрофических изменений в гепатоцитах преимущественно в перипортальной зоне. Количество двуядерных гепатоцитов снизилось, что свидетельствует об угнетении репаративной функции печени.

Учитывая, что глутатион является ведущим антиоксидантом в системе антиперекисной защиты печени, животным 3 группы наряду с физическими нагрузками перорально вводили ПБГ. Структура печени соответствовала группе интактных животных. Количество двуядерных гепатоцитов превышало данный показатель группы контроля. Произошло уменьшение явления гипоксии. Эритроциты и уровень гемоглобина увеличились, но данные показатели не достигли уровня контрольной группы. Активность ферментов – супероксиддисмутазы, каталаза, глутатионпероксидазы – возросла, но также не соответствовала уровню контрольной группы. Содержание продуктов перекисного окисления ДК, МД не отличался от показателей контрольных животных.

Длительные, интенсивные физические нагрузки приводят к усилению явлений гипоксии, процессов перекисного окисления липидов, что способствует развитию дистрофических изменений гепатоцитов. Восполнение дефицита глутатиона, при интенсивной физической нагрузке уменьшает гипоксию, способствует сохранению фонда антиоксидантов, предупреждая развитие структурных преобразований в печени.

ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВОГО НЕРВА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Зайко О.А., Якубенко О.В., Белозёрова К.О., Рыкова М.С., Петрунина М.А.

Медицинский институт Российского университета дружбы народов г. Москва, Омский государственный педагогический университет, г. Омск, Россия

Анатомия человека является базовой дисциплиной в подготовке любого врача, и это, безусловно, обосновано тем, что в своей клинической практике врач ежедневно использует знания о строении тела человека. Множество заболеваний связаны именно с анатомическими особенностями пациентов, интерпретация, например, болевых синдромов (их локализация, характер, интенсивность) при уверенном знании анатомии позволяют врачу поставить правильный диагноз, рекомендовать лечение и реабилитационные мероприятия.

В нашей работе мы предлагаем обратить внимание на заболевания, связанные с повреждением полового нерва. Симптоматика, возникающая у пациента в подобных ситуациях, недооценивается врачом при диагностике. Особенно характерно это для таких отраслей медицины, как гинекология, неврология, терапия, а также в других клинических дисциплинах. Крайне мало уделяется внимание реабилитации пациентов с травматизацией полового нерва и, особенно, - профилактике возникновения его повреждений в повседневной жизни, что, безусловно, снижает качество жизни таких пациентов.

Осуществляя теоретический анализ в процессе подготовки к научному исследованию, мы не обнаружили в России исследований, посвященных повреждению полового нерва, особенностям диагностики, лечения, реабилитации и профилактики таких состояний.

Между тем, все больше людей так или иначе сталкиваются с симптомами повреждения полового нерва. Обозначим эти группы: повреждение полового нерва, связанные с оперативными вмешательствами (косметические, пластические операции – пластика клитора, половых губ, полового члена; гинекологические и урологические операции – удаление кист бартолиновых желез, трансвагинальная миомэктомия, трансуретральные вмешательства и др.); повреждения полового нерва, связанные с беременностью и родами; а так же травматическая нейропатия, в меньшей степени имеем в виду механическую травму таза, связанную с дорожно-транспортными происшествиями и другими травмами.

Особое внимание в нашем научном исследовании хочется обратить на травму полового нерва, связанную с занятиями спортом, особенно в детском возрасте, когда происходит длительная травматизация промежности и полового нерва в частности (велоспорт, конный спорт, гимнастика, бальные танцы). Длительная компрессия, ущемление, механическое повреждение полового нерва приводят к возникновению целого ряда симптомов (болевые ощущения, потеря чувствительности в области промежности, эректильная дисфункция).

Так как здоровью детей уделяется особое внимание, мы хотели бы так же остановиться на особенностях подготовки 3-4-5-летних спортсменов в ряде видов спорта (велоспорт, конный спорт, гимнастика и другие), где для достижения результата уже с малых лет присутствуют высокие физические нагрузки, которые создают основу для дальнейшей травматизации полового нерва. Как определить безопасную, но эффективную нагрузку оптимальную для ребенка, которая позволит избежать травм? В том числе избежать травм полового нерва, что в детском возрасте будет трудно диагностировать и что, в уже более зрелом возрасте и при постоянно возрастающей нагрузке, может существенно ухудшить качество жизни такого спортсмена.

Для лечения данного состояния может быть использована консервативная медикаментозная терапия тебантином (тебапентином), регулярные блокады с антисептиками и гормонами, миорелаксанты (мидокалм), витаминные препараты (особенно группы В, селена). Препараты селена являются одним из факторов, влияющих на процессы восстановления поврежденных функций за счёт повышения устойчивости клеточных мембран к продуктам перекисного окисления липидов. В дополнение к медикаментозной терапии используется физиотерапия (фонофорез, Амплипульс-терапия, электрофорез и другие методы воздействия), массаж лечебная физкультура. Курс лечения довольно длителен – около 6 месяцев и более. Если консервативные методы не принесли достаточного эффекта, используются хирургические методы лечения.

К мерам профилактики повреждений полового нерва следует отнести строжайшее соблюдение методики организации физкультурно-оздоровительной работы и проведения профессиональных спортивных тренировок.

Ещё один аспект проблемы – комплексная медико-психологическая реабилитация больных. Психологическая реабилитация должна быть направлена на повышение стрессоустойчивости, нормализации межличностных отношений в детском коллективе, адаптацию к условиям обучения в условиях инклюзивного образования, либо на дому, созданию положительного образа «Я», формированию жизненного сценария с учётом инвалидности, профессиональная ориентация детей с повреждениями полового нерва (выбор профессии, не противопоказанный при данной патологии).

Изучая вопрос повреждения полового нерва, мы пришли к выводу, что эта проблема мало освещена, отсутствуют статистические данные и не разработана программа реабилитации. Наша задача – исследовать данный вопрос с целью сформулировать профилактические мероприятия для предотвращения неблагоприятных последствий для физического и психического здоровья пациентов.



ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АСПИРАЦИОННОГО УДАЛЕНИЯ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ

Заречнова Н.В., Афанасьева А.В., Хахин В.Б., Колесников В.А., Докукин А.А.

ФБУЗ Приволжский Окружной Медицинский Центр ФМБА России, г. Нижний Новгород, Россия

В настоящее время сосудистые заболевания представляют наиболее распространенную патологию в практике врача-невролога. В структуре ОНМК геморрагические инсульты занимают в среднем 15%, и отличаются наиболее тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидизации.

Цель исследования: проследить зависимость степени восстановления навыков жизнедеятельности от величины внутричерепного давления (ВЧД) на этапе удаления внутримозговой гематомы; оценить результаты оперативного лечения внутримозговых гематом в аспекте восстановления навыков жизнедеятельности.

Материал и методы. Исследованы результаты лечения 21 пациента, которым было выполнено аспирационное удаление внутримозговой гематомы через трепаниционное отверстие, что сопровождалось установкой датчика ВЧД. У всех пациентов гематомы локализовались в одном из больших полушарий головного мозга. Возраст пациентов $57,1 \pm 3,5$ лет. Показатели ВЧД измерялись до аспирации, во время и после окончания аспирации гематомы и достижения устойчивого гемостаза. Оценка функционального состояния пациентов производилась по шкалам Рэнкина и Бартела, степень нарушения жизнедеятельности - по шкале Ривермид. Оценка осуществлялась трижды: перед операцией, перед выпиской из стационара и через 3 года после удаления гематомы.

Результаты. Возраст гематомы на момент её удаления составил $9,8 \pm 2,4$ суток, объём $53,5 \pm 6,2$ мл (рассчитывался по данным МРТ).

После аспирации гематомы происходило ожидаемое снижение ВЧД в среднем с $21,7 \pm 3,4$ до $7,3 \pm 1,9$ мм рт. ст. ($p=0,0002$). Выявлена корреляция между исходным объёмом гематомы и степенью снижения ВЧД после аспирации гематомы ($r=0,73$). Не выявлена корреляция исходных значений ВЧД и величины его снижения со степенью восстановления функционального статуса и навыков жизнедеятельности пациентов как в раннем послеоперационном, так и в отдалённом периодах.

Динамика изменений по шкалам происходила следующим образом соответственно трём этапам оценки функционального статуса пациентов: шкала Рэнкина $4,5 \pm 0,2$; $3,9 \pm 0,2$; $2,7 \pm 0,2$ (при сравнении первого и третьего этапов $p=0,0002$); индекс Бартела $1,4 \pm 0,9$; $5,9 \pm 1,1$; $14,4 \pm 1,4$ (при сравнении первого и третьего этапов $p=0,00001$); шкала Ривермид $30,4 \pm 0,3$; $35,3 \pm 0,2$; $62,5 \pm 3,7$ (при сравнении первого и второго этапов $p=0,0008$).

Выводы. Объём гематомы, исходная величина ВЧД, не являются прогностическими факторами степени восстановления функционального статуса и уровня жизнедеятельности пациента.

В течение трех лет после удаления внутримозговой гематомы, возникшей в результате ОНМК, в описанной группе пациентов произошло значительное восстановление функционального статуса пациентов и увеличение навыков их жизнедеятельности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ЕВПАТОРИЙСКОМ КУРОРТЕ

Каладзе Н.Н., Ревенко Н.А., Мельцева Е.М., Дусалеева Т.М.

*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,
г. Симферополь, Россия*

Раннее формирование метаболического синдрома в детском возрасте является одной из основных проблем педиатрии. Первые признаки патогенетических изменений у детей зачастую пропускаются педиатрами, маскируясь за различными функциональными нарушениями, которым не придают значения. Однако, именно в этом возрасте возможно трансформировать патогенез заболевания, коренным образом преобразовав ход метаболических каскадов, не изменяя течение основополагающих возрастных перестроек как гормонального фона, так и белково-липидно-углеводного обмена. Основу реабилитационного комплекса должна составить полноценная диагностическая программа поиска нарушений в различных органах и системах, основанных, в первую очередь, на рекомендациях IDF. Санаторно-курортная реабилитация включает коррекцию каждого из нарушенных видов обмена веществ и клинических проявлений с учетом отягощающего взаимовлияния. Патогенетическую основу реабилитации на Евпаторийском курорте, помимо основных рекомендаций по правильному питанию и двигательной нагрузке, составляют климатолечение, грязелечение, бальнеолечение и питьевые минеральные воды Крыма. С целью изучения метаболических нарушений в формировании артериальной гипертензии (АГ) у детей и коррекции выявленных нарушений на санаторно-курортном этапе реабилитации обследовано 230 детей с артериальной гипертензией (АГ) и признаками метаболического синдрома в возрасте от 10 до 16 лет, находившихся на лечении в санатории «Юбилейный» (г. Евпатория) в течение 24 дней. Контрольную группу (КГ) составили здоровые дети ($n=21$), которые были сопоставимы по полу и возрасту. Назначаемый лечебный комплекс включал климатотерапию соответственно сезону года (аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия, климатотерапия), двигательный режим с включением утренней зарядки, подвижных игр на пляже, комплекса лечебной физкультуры для детей с артериальной гипертензией с учетом метаболических нарушений, диеты № 8, школу артериальной гипертензии, противовоспалительную терапию (лечение у стоматолога, грязелечение очагов хронической инфекции и др.), седативную фитотерапию, аэроионотерапию, ручной массаж воротниковой области. С целью коррекции метаболических нарушений в сочетании с эндотелиальной дисфункцией и нормализации корково-подкорковых взаимоотношений в комплекс реабилитации были включены йодобромные ванны и электросонотерапия. Результаты. Абсолютное большинство детей (97,3%) отмечали повышение работоспособности и устойчивости к интеллектуальным нагрузкам, уменьшение эпизодов повышения АД, жалоб на головную боль, головокружение, тяжесть в голове, утомляемость, одышку и сердцебиение даже при незначительной физической нагрузке. На фоне терапии масса тела снизилась с $69,48 \pm 3,44$ кг до $66,30 \pm 2,39$ кг ($p > 0,05$). Достоверное ($p < 0,001$) снижение АД до нормальных показателей с $122,06 \pm 2,00$ мм рт. ст. до $113,90 \pm 0,96$ мм рт. ст. является одним из самых главных критериев в оценке эффективности проводимой терапии. Уровень показателей липидограммы в конце лечения снижался до уровня нормы у всех обследуемых: холестерин с $3,82 \pm 0,12$ ммоль/л до $3,40 \pm 0,08$ ммоль/л, $p > 0,05$; триглицериды с $1,32 \pm 0,11$ ммоль/л до $1,07 \pm 0,05$ ммоль/л, индекс атерогенности с $2,41 \pm 0,15$ до $1,58 \pm 0,07$, $p < 0,05$. Следует отметить нормализацию показателей липидного обмена на фоне значительного снижения массы тела. Уровень инсулина с $18,24 \pm 2,19$ мкМЕд/мл снизился к концу лечения до $12,66 \pm 0,64$ мкМЕд/мл, индекс инсулин резистентности НОМА2 снизился с $2,72 \pm 0,40$ до $1,53 \pm 0,08$, $p < 0,001$. При анализе изменений адипонектинемии была выявлена положительная динамика, которая выражалась в достоверном повышении содержания уровня адипонектина с $8,80 \pm 0,69$ мкг/мл до $13,10 \pm 0,67$ мкг/мл после лечения, $p < 0,001$. Отмечено достоверное уменьшение уровня лептина и индекса лептинорезистентности с $15,15 \pm 1,77$ нг/мл и $0,57 \pm 0,06$ до $9,93 \pm 1,34$ и $0,40 \pm 0,05$ нг/мл, соответственно, $p < 0,01$, однако, к уровню КГ вышеуказанные показатели не пришли. Также в результате лечения на санаторно-курортном этапе у детей с АГ не изменились средние уровни грелина ($20,05 \pm 4,66$ нг/мл). Выводы. Проведенная санаторно-курортная реабилитация детей с АГ и метаболическими нарушениями на Евпаторийском курорте привела к нормализации выявленных метаболических нарушений в виде снижения уровня холестерина, триглицеридов, индекса атерогенности, выраженной нормализации уровней гормонов аппетита – адипонектина, лептина на фоне неизмененных показателей грелина, т.е. на фоне снижения массы тела не повышался аппетит, что является перспективным для стабилизации полученных результатов в снижении АД и массы тела. Разработанный санаторно-курортный комплекс нормализует основной механизм метаболического синдрома – инсулин- и лептин-резистентность, что позволяет добиться максимального эффекта от проводимой терапии.



ПРИМЕНЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Капустина Н.В., Смоленский А.В.

¹Поликлиника №1 филиала №1 ФГКУ «ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко»,

²Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма, г. Москва, Россия

Травмы опорно-двигательного аппарата составляют по разным данным до 35,2%. В структуре переломов лидируют переломы костей кисти и дистального метаэпифиза лучевой кости, которые составляют до 70% всех переломов костей. Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости так же являются маркерами снижения минерализации костной ткани. Таким образом, с целью коррекции минерального обмена, в частности при недостаточном экзогенном поступлении кальция или повышенной потребности в организме, возникает необходимость вводить в рацион питания препараты, восполняющие его дефицит.

Цель исследования: оценить эффективность применения БАД «Мицеллат-Актив» в реабилитации пациентов с закрытыми неосложненными переломами костей предплечья и кисти.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняло участие 25 пациентов с закрытыми неосложненными переломами костей предплечья и пястных костей кисти, средний возраст - 48,0 лет. Группа сравнения - 25 пациентов, проходивших лечение ранее, средний возраст – 42,5 лет.

Обследование: клинический осмотр, рентгенография травмированной конечности, анкетирование – DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure) - опросник исходов при нарушении функции руки и кисти, гониометрия и динамометрия.

Комплексное лечение включало: гипсовую иммобилизацию, прием БАД «Мицеллат-Актив», лечебную гимнастику в иммобилизационный и постиммобилизационный период, физиотерапию, массаж.

Результаты исследования: средний балл по опроснику DASH до лечения составил 68,5, соответствует критерию «удовлетворительно»; после лечения средний балл составил 48,9 - «хорошо». Средняя длительность периода иммобилизации в основной группе - 30 дней. Средняя длительность периода иммобилизации в группе сравнения составила 37 дней. После лечения средний угол сгибания в травмированном сегменте в основной группе до начала активной реабилитации – 40°, разгибания 32°; после окончания периода реабилитации – 64° и 51° соответственно. В группе сравнения средний угол сгибания до начала активной реабилитации составил 38°, разгибания 30°; после окончания периода реабилитации – 55° и 45° соответственно. Таким образом, полное восстановление объема движений было достигнуто у 80% пациентов основной группы, в группе сравнения у 60% пациентов. Результаты кистевой динамометрии до и после проведения реабилитационных мероприятий показали, что в основной группе произошло увеличение среднего значения силы мышц кисти на 48%, в группе сравнения – на 33%.

Вывод. Применение комплексного восстановительного лечения пациентов с закрытыми неосложненными переломами костей предплечья и кисти с применением БАД Мицеллат-Актив, способствовало более быстрому восстановлению функции травмированной конечности и сокращению сроков реабилитации пациентов в среднем на 33%.

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кит О.И., Шихлярова А.И., Передельский С.В.

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России,
г. Ростов-на Дону, Россия*

В наш информационный и техногенный век нарушается зыбкая грань между здоровьем и нездоровьем из-за нарастающего потока патогенных воздействий: космических излучений, радиации, электромагнитного смога, загрязнения воды, почвы, воздуха, новых поколений вирусов, нервного напряжения, хронической усталости, и собственно стресса. Потoki медицинской информации изобилуют предложениями проведения сверхточной диагностики и уникальных высокотехнологичных методов лечения и снятия стресса. Есть ли альтернатива стрессогенным влияниям среды и индукции стресса? Располагает ли сам организм механизмами выбора программы ответной реакции иного, чем стресс, качества? Существуют ли критерии идентификации состояния адаптивной реактивности с целью реабилитации, путем целенаправленного регулирования процессов повышения устойчивой резистентности к неблагоприятным факторам среды и восстановления здоровья. Совершенно очевидно, что в условиях санаторно-курортного лечения арсенал курортнологических факторов значителен, а их биологическая активность высокая и требует определения меры нагрузки, т.е. индивидуального дозирования.

Ответы на эти вопросы лежат в плоскости интегративной деятельности организма, а именно – в естественной способности формирования различных дискретных состояний: не одного, а нескольких типов общих неспецифических адаптационных реакций, которые зависят от силы воздействия. Эта количественно-качественная закономерность реагирования организма в ответ на воздействия внешней среды стала краеугольным камнем парадигмы здоровья, его неспецифической основой.

Научный подвиг открытия стрессорной реакции были первой попыткой создания теоретической основы патологии с описанием стресса как общего адаптационного синдрома (Н. Selye, 1936, 1968). Он применил системный подход и выявил связующую нить событий на разных уровнях организации, отметив изменения в гипофизе, щитовидной железе, коре надпочечников, иммунной системе и т.д. Результат или продукт реакции – снижение резистентности организма, высокие энерготраты, угнетение защитных систем. Важно, что, по словам самого Селье – защита достигается дорогой ценой, ценой повреждений и больших энергетических трат. Резистентность организма при остром стрессе снижается, а при хроническом, когда стрессорные воздействия многократно повторяются, - становится предельно низкой. И это – неспецифической фон для любой патологии, особенно развития злокачественных опухолей. Однако, в нашей жизни помимо сильных воздействий существуют и слабые, и средние, умеренные. Является ли биологически целесообразным отвечать на них однотипным ответом?

Исследуя реакции организма на разные по силе и природе воздействия, российские ученые Л.Х. Гаркави, М.А. Уколова, Е.Б. Квакина выявили качественно иные архетипы интегральных реакций организма (Открытие №158, зарегистрированное в Госкомитете СССР по открытиям и изобретениям в 1975 году). Это были самостоятельные отдельные симптомокомплексы, иные дискретные состояния. Было найдено, что в ответ на относительно слабое воздействие формируется адаптивный симптомокомплекс, названный « реакция тренировки», а на среднее, промежуточное между сильным и слабым воздействием, – « реакция активации». Представления о системе адаптивного реагирования на разные по силе и качеству факторы были существенно уточнены после того, как была установлена периодическая повторяемость тетрады реакций на разных уровнях реактивности в широком диапазоне силы (дозы) воздействия. Это значительно расширило возможности биоадаптивного управления состоянием и оздоровлением организма, вооружило знаниями о многоуровневой системе самоорганизации и регуляции гомеостаза.

В докладе будут рассмотрены принципы, стратегии и технологии активационной терапии для реабилитации и оздоровления онкологических больных, находящихся на лечении в стационаре, а затем, пребывания в санаторных условиях. В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте более 40 лет проводятся разработки методов сопроводительной терапии рака на основе открытия закономерности развития различных по качеству адаптационных реакций в ответ на действие биологически активных факторов разной



силы. Оздоровительная терапия в рамках санаторно-курортного лечения является правопреемницей и аналогом целей, задач и персонифицированных подходов активационной терапии в онкологии. Технологии формирования повышения неспецифической и противоопухолевой резистентности основаны на механизмах и алгоритмах воздействия, направленных на развитие и целенаправленное поддержание реакций антистрессорного характера – тренировки, спокойной и повышенной активации, включающих нейро-эндокринные, иммунные, метаболические перестройки внутренней среды. Это способствует коррекции нарушений, вызванных ростом опухоли и повреждающего влияния специфической терапии рака. Продуктом таких реабилитационных процессов является достоверное улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения, сокращение сроков пребывания больных в клинике, повышение продолжительности и качества жизни. В последующем после лечения периоде больные проходят санаторно-курортное лечение в санатории «РУСЬ» (г. Железноводск), являющимся неотъемлемой частью профилактических мероприятий РНИОИ. Под контролем специалистов проводится выбор и дозированное использование факторов санаторно-курортного лечения, что позволяет достичь устойчивого эффекта повышения сопротивляемости организма. Таким образом, на научной основе смыкаются интересы онкологии и санаторно-курортного лечения, что делает это направление одним из эффективных для оздоровления онкобольных.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Крадинова Е.А., Назарова Е.В., Кулик Е.И.

*ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского. Медицинская академия имени С.И. Георгиевского»,
г. Симферополь, Россия*

kradinova2007@rambler.ru

Цель исследования: изучение возможности комплексного использования низкочастотной транскраниальной магнитотерапии в коррекции невротических и соматоформных расстройств у матерей, воспитывающих детей больных ДЦП

Материалы и методы. Исследование проводили как рандомизированное, плацебо-контролируемое. Проведены нейропсихологическое и клинично-функциональное обследования. Методики лечения: 1 группа – общий санаторно-курортный комплекс (48 человек); 2 группа - общий санаторно-курортный комплекс, «транскраниальная магнитотерапия - плацебо» (48 человек); 3 группа - общий санаторно-курортный комплекс, транскраниальная магнитотерапия (55 человек). Аппарат ДИАМАГ (АЛМАГ-03). Регистрационное удостоверение № ФСР 2012/13599 от 29. 06. 2012 г., производитель ЕЛМЕД).

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программного продукта STATISTICA 6.0 для работы в среде Windows.

Результаты исследования. Установлено, что у матерей, воспитывающих детей больных ДЦП длительное эмоциональное напряжение ($\chi^2=17,64$, $p<0,01$), снижение психологического резерва (50,9%, методика СМИЛ-мини) способствуют формированию психопатологических расстройств. Соматоформные и соматические симптомы проявлялись на фоне нарушения функционального состояния головного мозга (диффузные ирритативные изменения, дисфункция неспецифических срединных структур головного мозга (55%), дорсопатия шейно-грудной локализации (35,7%) с изменением линейной систолической скорости кровотока в экстракраниальных (V2, $p<0,05$) и интракраниальных (V4, ($p<0,05$) сегментах позвоночной артерии, нарушениями механизма регуляции центральных и периферических гормонов (38,5%). Методика низкочастотной ТКМТ на фоне комплексного санаторно-курортного лечения была максимально эффективна по данным показателей функционального состояния коры головного мозга и надсегментарных вегетативных структур. Использование методики психотерапия - «ТКМТ-плацебо» благоприятно влияло на состояние подкорковых вегетативных структур центральной нервной системы, однако, не оказывало недостаточно эффективное действие на нормализацию показателей функции коры головного мозга ($p>0,05$). Комплексное санаторно-курортное лечение с применением низкочастотной ТКМТ сопровождалось снижением уровня АКТГ, повышением уровня кортизола (при исходно сниженных); снижением секреции гонадотропных гормонов у женщин при нормальном уровне пролактина, тиреотропного гормона, что можно оценить, как раздражитель, формирующий адаптационную реакцию у матерей с невротическими и соматоформными расстройствами.

Заключение. Проведенное исследование показало высокую эффективность комплексного применения транскраниальной магнитотерапии, проявляющуюся нормализацией нейрональной активности клеток гипоталамической области, изменением состояния гормонально и сосудистой регуляции, что позволило достичь стойких результатов в коррекции невротических и соматоформных расстройств у матерей, воспитывающих детей больных ДЦП.



ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАРТНЕРСТВО В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: СОЦИАЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ ВЫНУЖДЕННАЯ МЕРА?

Лидерман Е.М.

*ФГБУ «Научно-клинический центр отоларингологии» Федерального медико-биологического агентства
России, г. Москва, Россия
evgenia200483@mail.ru*

В современном мире, несмотря на активное развитие медицинской науки, внедрение её достижений во врачебную практику, технологическое совершенствование диагностических и лечебных учреждений, остается актуальным вопрос о снижении уровня заболеваемости и инвалидности населения. Данные медицинской статистики дают основание заключить, что в РФ по демографическим причинам уровень инвалидности среди лиц трудоспособного возраста не снижается, а остается на протяжении ряд лет достаточно высоким. Так, если из общей численности инвалидов, инвалиды в трудоспособном возрасте в 2002 году составляли 46,4% к общей численности инвалидов, то в 2010 – 49,4%, в 2016 – 47%. По данным ВОЗ в мире более «1 миллиарда людей имеют какую-либо форму инвалидности. Это соответствует почти 15% населения мира. От 110 миллионов (2,2%) до 190 миллионов (3,8%) людей 15 лет и старше испытывают значительные трудности в функционировании».

Причины драматического положения в сфере здоровьесбережения населения в Российской Федерации кроются во многих факторах – в отсутствии должной валеологической культуры населения, мотиваций к профилактике заболеваний, низком уровне социально-экономической жизни, не позволяющей в полной мере удовлетворить свои потребности в качественном медобслуживании, а так же в отсутствии должных государственных программ по организации национальной системы реабилитации и разработанных технологий управления ею.

Современная система здравоохранения в своей общей цели имеет увеличение ожидаемой продолжительности жизни человека. Для этого усиливаются действия, как в области диагностики, профилактики, лечения, так и в области реабилитации. В частности, в «Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг.» особо подчеркивается важность развития системы медицинской реабилитации, в том числе путем создания и организации работы мультидисциплинарных реабилитационных бригад. Однако следует признать, что работа в этом направлении требует огромных финансово-экономических и интеллектуальных затрат. Организация комплексной системы медико-социальной реабилитации как на региональном, так и на национальном уровне предполагает наличие развитой медицинской инфраструктуры, экономики, ресурсов. В своей политике в области развития здравоохранения и его сегментов, в частности реабилитации, государство привлекает частный сектор экономики. В условиях рыночных отношений открываются широкие инвестиционные возможности и перспективы развития медицинского бизнеса. В настоящее время рынок медицинских услуг в РФ представляет собой социально-экономическую систему, включающую в себя ОМС, ДМС, частные коммерческие клиники и центры, а также платные госуслуги, оказываемые ЛПУ и частнопрактикующими врачами в соответствии с российским законодательством. По данным Росстата объемом рынка платных медицинских услуг с 2005 года постепенно возрастает. Так, в январе-мае 2017 году по отношению к этому же периоду 2016 года объем платных услуг составил 100,9%.

Однако, следует признать, что рост рынка платных медицинских услуг не снимает проблему доступности и справедливости – основных принципов современной медицины. Для многих россиян платные услуги достаточно дороги, а обращение в частную медицинскую клинику носит, как правило, вынужденный и разовый характер. Большинство населения пользуются услугами государственных ЛПУ, используя свое право на бесплатную медицинскую помощь. Что касается качественных реабилитационных услуг по профилю таких заболеваний как кардиология, неврология, травматология и ортопедия, психоневрология и ряд других, то реабилитационный период здесь достаточно длителен, а реабилитационные мероприятия и применяемые технологии весьма дорогостоящие. Смягчить государству финансовое бремя, связанное с бюджетными затратами на медико-социальную реабилитацию, а также решить проблему развития национальной системы медико-социальной реабилитации сможет государственно-частное партнерство (ГЧП). В идеале ГЧП позво-

лит реализовать инвестиционные проекты в инфраструктуру, привлечь внебюджетные средства финансирования (частного бизнеса), при этом за государством остается его основная функция - управление и контроль. В настоящее время ГЧП реализуется через концессии, что обеспечено законодательством, хотя возможны и другие виды партнерства - менеджерские контракты, аутсорсинг, аренда, лизинг, ВОО («строительство- владение- эксплуатация»), ВООТ («строительство – владение – эксплуатация – передача»).

Таким образом, ГЧП подготовлено всем ходом развития рыночных отношений и частного бизнеса в стране. Социальная актуальность в ГЧП в медицинской реабилитации обусловлена, с одной стороны, потребностями населения в качественной и высокотехнологичной реабилитационной помощи, государственной заинтересованностью в развитии ее инфраструктуры, с другой, - необходимостью сокращения бюджетного финансирования в этом сегменте здравоохранения. Однако проблема реализации ГЧП связана с противоречивостью интересов. Так, государство стоит на страже интересов, как бизнеса, так и потребителей услуг, оно нуждается как в здоровом населении, так и в повышении прибыли от медицинской деятельности, но при этом стремиться сохранить принцип справедливости в условиях резкой социально-экономической дифференциации общества, сохранить свои властные преимущества в партнерских отношениях с бизнесом. Частный партнер преследует цели – быть конкурентоспособным на рынке медицинских услуг, получить как можно больше прибыли за счет расширения своей деятельности и клиентской базы. Именно эти факторы являются основными мотивами, побуждающими частного партнера и государство искать взаимовыгодные модели социально-экономического и социально-правового взаимодействия.



ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ

Макарова И.Ю.

*ФГБУ «Объединенный санаторий «Подмосковье» Управления делами Президента РФ, г. Домодедово,
Московская область, Россия*

Одним из значительных последствий инсульта является центральный прозопарез, при котором нарушается работа артикуляционной мускулатуры, что вызывает асимметрию лица, произносительные трудности, затруднения при приеме пищи и употреблении жидкости, выражении эмоций. Частично данная симптоматика регрессирует с течением времени во время общего лечения инсульта. Однако часто этого оказывается недостаточно для полного восстановления. Логопедический массаж - активный метод механического воздействия, который изменяет состояние мышц, нервов, кровеносных сосудов и тканей периферического речевого аппарата.

Цель исследования: определение эффективности курса логопедического массажа у пациентов, находящихся на реабилитации после инсульта в условиях санаторно-курортного учреждения. Материалы и методы: был обследован 21 пациент ФГБУ «ОС «Подмосковье» (11 женщин, 10 мужчин, средний возраст $62,4 \pm 4,5$ г.) с давностью инсульта $27,1 \pm 8,7$ дней. В среднем пациентами было получено по 10 процедур массажа, каждая процедура 40-45 минут. У всех пациентов наблюдалось снижение тонуса лицевой мускулатуры, что сопровождалось нарушениями речи и приема пищи, асимметрией лица (38% - выраженная асимметрия, 62% средняя и легкая асимметрия). У 8% отмечалась гиперсаливация. У 19% была выявлена гипестезия пораженной стороны лица. Результаты: у 92% пациентов после проведения курса логопедического массажа отмечался рост тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры, что сопровождалось улучшением произносительной стороны речи, процессов пережевывания и глотания пищи. У всех пациентов с нарушениями чувствительности на пораженной стороне лица отмечалось снижение чувства онемения, у пациентов с гиперсаливацией – понижение слюноотделения до субъективно ощущаемого комфортного уровня. У 86% отмечалось снижение отека лица. Выводы: курс логопедического массажа на этапе реабилитации в условиях санаторно-курортного учреждения помогает значительно нормализовать мышечный тонус артикуляционной мускулатуры, улучшить секреторную функцию и активизировать лимфо- и кровообращение в коже и тканях, за счет чего достигается формирование произвольных координированных движений органов артикуляции, уменьшение гиперсаливации и укрепление глоточного рефлекса.

МИЛ- И КВЧ-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Маршева С.И., Поддубная О.А.

ГБОУ ВО «СибГМУ Минздрава России», г. Томск, Россия

Актуальность разработки эффективных комплексов реабилитации больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в ранний послеоперационный период остается высокой. У большинства больных послеоперационный период сопровождается разнообразными клиническими проявлениями, которые обусловлены функциональными и (или) органическими нарушениями, что часто приводит к развитию постхолецистэктомических осложнений.

Сегодня, наряду с медикаментозными средствами реабилитации, широко используются современные факторы аппаратной физиотерапии. Доказано, что эти методы воздействуя на основные звенья патогенеза послеоперационных нарушений, уменьшают напряженность метаболических процессов и улучшают функциональное состояние органов гепатобилиарной системы. Такие факторы, как лазеротерапия, КВЧ-терапия и др., обладают полилечебным эффектом, который обусловлен благоприятным влиянием на адаптационные возможности организма, улучшением регионального кровообращения, стимуляцией процессов репарации и регенерации, развитием противовоспалительного и обезболивающего эффекта. Это обосновывает возможность использования их в реабилитации пациентов после холецистэктомии, в том числе в ранний послеоперационный период. При этом в комплекс мероприятий рекомендуется включать питьевые минеральные воды, которые оказывают, как местное действие на секреторную и моторно-эвакуаторную функцию органов желудочно-кишечного тракта, так и на состояние внутренней среды организма в целом. В настоящее время проведение реабилитационных мероприятий на 14-21 день после холецистэктомии, с использованием физиотерапии, свидетельствует об эффективности таких мероприятий. Учитывая факт того, что пациенты ЖКБ, прооперированные в плановом порядке, обращаются в поликлинику уже на 7-10 день после операции, обосновывает необходимость разработки новых подходов к проведению ранней реабилитации этих больных.

Нами было обследовано и пролечено 108 пациентов ЖКБ, прооперированных в плановом порядке. Пациентам проводилось клиничко-лабораторное и инструментальное исследование в динамике. Средний возраст пациентов составлял $50,5 \pm 1,1$ г. В клиническое исследование включались пациенты, соответствующие следующим критериям: состояние после плановой лапароскопической холецистэктомии с легким и среднетяжелыми проявлениями ЖКБ (Диагноз K80.2 «Желчнокаменная болезнь», Диагноз Y83.6 «Удаление желчного пузыря» по МКБ-10) на 7-10 день после выписки из стационара, при удовлетворительном состоянии). Проводилось комплексное клиническое, психологическое и лабораторно-инструментальное обследование пациентов. Эффективность проводимых мероприятий оценивалась по динамике изучаемых показателей.

В комплекс реабилитации включались: лечебное питание, внутренний прием маломинерализованной минеральной воды, МИЛ-терапия на область эпигастрия, проекцию правого и левого подреберья и КВЧ-терапия на область правого подреберья и нижнюю треть грудины. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью статистических пакетов SAS 9, STATISTICA 8 и SPSS-17.

Все пациенты переносили лечение удовлетворительно. Анализ динамики клинических жалоб и симптомов свидетельствовал о том, что после проведенного лечения у большинства пациентов (78,9%) были купированы боли, у остальных больных отмечалось значительное снижение интенсивности болевого синдрома ($p=0,0001$). Анализ динамики остальных клинических симптомов и жалоб выявил аналогичную динамику.

Результаты анализа динамики уровня эритроцитов и гемоглобина свидетельствовали об их повышении, по сравнению с исходными показателями. Отмечался прирост числа пациентов с адаптационной реакцией в виде спокойной и повышенной активации (РСА и РПА) с 57,9% до 86,8%. Проводимые мероприятия способствовали снижению исходно повышенных значений АлТ, проявлялась в виде их нормализации ($p=0,0001$), что расценивалось, как уменьшение явлений холангита. Динамика показателей печеночного кровотока оценивалась по приросту показателя кровотока печени, который повышался на 51,7% от исходных значений. Оценивая динамику показателей вегетативного статуса, по расчету вегетативного индекса Кердо (ВИК) у пациентов с преобладанием симпатикотонии было выявлено его снижение с $22,5 \pm 3,1$ до $10,2 \pm 2,7$ ($p=0,0013$), что свидетельствовало об уменьшении симпатического влияния. У пациентов с преобладанием парасимпати-



котонии после лечения отмечалось повышение показателей до « $-10,2 \pm 2,8$ » ($p=0,0011$), что свидетельствовало об уменьшении парасимпатического влияния, а значит об уменьшении спастических явлений в желчных протоках. При этом число пациентов с эйтонией повышалось после лечения до 92,1%, что, как известно, способствует улучшению и нормализации показателей функционального состояния желчевыделительной системы. Динамика коэффициента Хельдебрандта (КХ) была аналогичной и свидетельствовала об уменьшении дисбаланса вегетативного обеспечения организма и значительном улучшении ($p=0,0001$) межсистемного соотношения. Результаты анализа динамики показателей психоэмоционального статуса свидетельствовали о значительном их улучшении. Так, показатели уровня стресса и уровня психоэмоционального напряжения значительно ($p=0,0001$) снижались. При этом снижение уровня стресса и психоэмоционального напряжения, на фоне достигнутой уравновешенности симпатического и парасимпатического влияния отделов ВНС, способствовали повышению показателей физического функционирования и состояния здоровья ($p=0,0001$), что косвенно свидетельствовало о повышении качества жизни прооперированных больных, заключающегося в повышении физических возможностей организма и в большей удовлетворенности состоянием своего здоровья. Непосредственная эффективность комплексной реабилитации составила 94,8%. Анализ отдаленных результатов по данным анкетирования свидетельствовал о том, что полученный эффект сохранялся до 6 месяцев 75,0% обследованных пациентов.

Для оценки статистической закономерности полученных результатов проводился анализ таблиц сопряженности непосредственной эффективности и проводимых мероприятий. При этом дифференцированно анализировались разные категории эффективности («ухудшение», «незначительное улучшение», «улучшение» и «значительное улучшение»). Анализ результатов этого исследования выявил следующее. Эффективность проводимых мероприятий была сопряжена с проводимыми мероприятиями ($\chi^2=10,72$; $p=0,029$; $\gamma=0,22$), при этом максимальный вклад в итоговую статистику Пирсона имела сопряженность «значительного улучшения» ($\chi^2=5,17$), меньший вклад имела сопряженность «улучшения» ($\chi^2=3,02$) и еще меньший вклад имела сопряженность «незначительной улучшение» ($\chi^2=1,92$).

Таким образом, эти данные подтверждают достоверность анализируемых выше результатов, свидетельствующих о благоприятном влиянии комплексной реабилитации, включающей МИЛ и КВЧ-терапию, при этом полученные результаты сохранялись до 6 месяцев после проведенных мероприятий. Кроме этого, полученные результаты подтверждают необходимость проведения комплексной реабилитации на раннем послеоперационном этапе, что уменьшает или предупреждает риск развития постхолецистэктомических нарушений. С целью поддержания и пролонгирования получаемого эффекта, согласно принципам физиотерапии, можно рекомендовать проведение повторных курсов реабилитации через 6 месяцев.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С АМПУТАЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ*Мезенцева Е.А.**Группа компаний ОТТО БОКК, Россия*

Реабилитация как форма социальной защиты по отношению к инвалидам является основным направлением социальной политики нашего государства. Цель реабилитационного процесса – активное восстановление индивидуума для социального и личностного функционирования, и интеграции его в общество. У большинства пациентов сохраняются ресурсы, не тронутые патологическим процессом, есть определенный потенциал для компенсации и на биологическом, и на социальном уровнях. Задача реабилитации – раскрыть этот потенциал компенсации и довести его до максимально возможного уровня.

На сегодняшний день количество ампутаций нижних конечностей не уменьшается, а отчасти растет в связи с тем, что современные достижения медицины в целом позволяют спасать жизнь пациентам, прежде обреченным на скорый летальный исход. Здесь же важно отметить, что неизменно растет процент молодых пациентов, в том числе детей, выживших после тяжелых травм или онкологии, в определенном смысле ценой ампутации. Для пациентов после утраты конечности в результате травмы или заболевания осознание себя разделяется на «до» и «после». Процесс реабилитации для таких пациентов становится возможностью вернуться к привычному образу жизни, и во многом это реально.

На наш взгляд, реабилитация лиц с ампутацией нижней конечности стоит несколько особняком от понятия реабилитации инвалидов в целом. Нужно понимать, что ампутация конечности – это не болезнь и не расстройство здоровья, это нарушение структуры тела. Современное протезирование нижних конечностей достигло весьма значительных успехов. Современные протезы способны не только скомпенсировать отсутствующие нижние конечности с точки зрения их основных функций – опоры и передвижения, но и позволяют людям водить автомобиль, путешествовать пешком и на велосипеде, кататься на лыжах и тренироваться в тренажерном зале, участвовать в игровых видах спорта и заниматься легкой атлетикой. Однако, следует помнить, что сам по себе протез этого не делает, но он позволяет своему пользователю не отказывать себе в радостях активного образа жизни. Подобный технический прорыв в протезировании свершился в последние 15-20 лет.

В прежние годы протезирование ограничивалось изготовлением протеза только для опоры и передвижения, причем работа протеза отнюдь не напоминала работу конечности. Соответственно, выраженная асимметрия ходьбы, хромота и дополнительные средства опоры были привычными спутниками таких пациентов. Сегодня протезы имеют техническую основу для обеспечения пользователя обыкновенной симметричной походкой, однако, для достижения подобного результата со стороны пациента должно быть приложено немало усилий. Человеческая двуногая ходьба – наиболее сложно организованный циклический двигательный акт и оптимально реализуется он только при условии нормального функционирования большой совокупности физиологических систем: пирамидной, экстрапирамидной, мозжечковой, костно-суставно-мышечной, зрительной, вестибулярной. После ампутации нижней конечности грубо нарушается анатомия тела, которая неизбежно приводит к нарушению функций даже сохранных мышц, что в свою очередь нарушает согласованную работу суставов и, наконец, ведет к формированию патологического стереотипа походки. Нарушения походки у таких пациентов всегда носят сложный характер, так как одновременно присутствуют несколько типов нарушений.

При протезировании мероприятия по обучению пользованию протезом не регламентированы и не определены никакими документами и рекомендациями. Казалось бы, рассказать о возможностях протеза и «напомнить» организму о правильной ходьбе достаточно для подобного обучения. Однако, все специалисты сходятся во мнении о том, что рассказать о правилах пользования протезом и получить их верное исполнение от пациента – далеко не одно и то же. Требуется длительная и кропотливая работа самого пациента с одной стороны и квалифицированного инструктора ЛФК в содружестве с техником-протезистом – с другой. Инструктор ЛФК поможет в работе над ходьбой со стороны пациента, а техник-протезист обучит особенностям пользования и возможностям протеза определенной конструкции. При высоких ампутациях (выше колена) обучение правильной ходьбе – длительный и сложный процесс. Однако, в отсутствие конкретных методик, традиций обучения симметричной ходьбе для лиц с ампутацией нижних конечностей, финансирования данного мероприятия со стороны государства – обучение пользованию протезом до уровня полного освоения правильной ходьбы на сегодняшний день не проводится. Здесь специалисты видят большую проблему: конфликт между традициями и инновациями, который пока не разрешен. Неорганизованная в должном объеме квалифицированная помощь не позволяет пациенту воспользоваться всеми возможностями современного протезирования. Молодые пациенты, в том числе дети, и люди трудоспособного возраста имеют ограничения своих двигательных возможностей, которых они могли бы избежать. В результате организации своевременной помощи именно в полном объеме таким пациентам общество может пополнить свои ряды активными полноценными гражданами и общественными деятелями в полном социальном и общечеловеческом смысле этих слов.



ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Молчановский В.В., Ходарев С.В.

*Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Лечебно-реабилитационный центр №1»,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Научно-практические разработки последних десятилетий позволили повысить эффективность лечения больных вертеброневрологического профиля. Однако без дальнейшего углубленного изучения этиопатогенетических аспектов вертеброгенных заболеваний и создания общей теории, выработки общепринятой терминологии и методологических подходов терапии высокая эффективность лечения данной патологии остается проблематичной.

Анализ особенностей проведения лечебно-реабилитационных мероприятий при неврологических проявлениях дегенеративно-дистрофического поражения позвоночного столба показал, что многообразие имеющихся при данном процессе пато- и саногенетических механизмов объективно обуславливает многообразие средств и методов лечения и реабилитации, которые должны применяться строго дифференцированно в зависимости от патоморфологических субстратов и неврологических проявлений с их конкретными пато- и саногенетическими механизмами, а также от стадии и этапа реабилитации. Целевое направление лечебно-реабилитационных мероприятий по отношению к больному прямо зависит от характера течения патологического процесса и его длительности - акцентуации внимания на болезни (патоморфологических субстратах острых проявлений) или на самом больном (совокупность социосоматопсихических нарушений у индивидуума). При этом лечение, в основном, направлено на патогенетические механизмы, а реабилитация - на содействие саногенезу; профилактические мероприятия при мультифакториальных заболеваниях также адресованы саногенетическим механизмам, кроме того, они должны предусматривать меры по устранению провоцирующих и предрасполагающих факторов (соответствующие факторы риска развития неспецифической вертеброневрологической патологии).

Неспецифическая вертеброневрологическая патология - это индивидуальное осложнение течения дегенеративно-дистрофического морфогенеза позвоночника - адаптации вида *Homo sapiens* - под влиянием определенных экзо- и эндогенных факторов риска развития дезадаптации с патогенетической активацией патобиомеханических изменений и/или патоморфологических субстратов, проявляющейся соответствующей вертебральной и/или экстравертебральной симптоматикой. Предотвратить и вылечить данный (дегенеративно-дистрофический), социально обусловленный в филогенезе вида процесс онтогенетического морфогенеза позвоночного столба невозможно; можно лишь рекомендовать пациентам избегать этиологических факторов возникновения неспецифической вертеброневрологической патологии, т.е. факторов риска дезадаптации данного естественного эволюционного процесса. Поэтому и конкретные задачи лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий пациентам вертеброневрологического профиля нужно ставить реальные: перевести то, что в настоящий момент называется стадией обострения в стадию ремиссии, препятствовать хронизации боли в спине, удлинить период ремиссии с учетом возможных факторов риска обострения, а при наличии хронической боли в спине, кроме ее купирования, способствовать устранению травмирующих психосоциальных факторов. При этом при лечении острой и, особенно, хронической боли в спине необходимо использовать мультимодальный подход, основанный на биопсихосоциальной модели заболевания, который позволяет воздействовать на биологические, психологические и социальные факторы поражения. Лечебно-реабилитационные и профилактические мероприятия пациентам вертеброневрологического профиля должны быть объединены в единый комплекс, где различные индивидуально подобранные реабилитационные технологии представляют собой общий процесс развертывания комплексной и всеобъемлющей реабилитации. С нашей точки зрения, лечить нужно не дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, а его осложнения, которыми можно, видимо, считать то, что в настоящий момент клинически обозначается как дебют или стадия обострения заболевания с появлением конкретных вертеброневрологических синдромов, т.е. неспецифическую вертеброневрологическую патологию.

Таким образом, когда разделяется этиопатогенез дегенеративно-дистрофического поражения позвоночного столба и этиопатогенез собственно заболевания, которые в настоящее время обозначаются как остеохондроз позвоночника в стадии ремиссии и остеохондроз позвоночника в стадии обострения, то планирование медицинских, в том числе, реабилитационных мероприятий значительно упрощается и становится понятней. Так, существует морфогенетическая адаптация вида - дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, а есть заболевание - неспецифическая вертеброневрологическая патология, - которое, естественно, имеет причины и патогенетические механизмы развития, в которых присутствуют соответствующие нарушения и изменения, вызывающие определенные реакции, а также и саногенетические механизмы. Однако это не означает, что, с медицинской точки зрения, нужно игнорировать всех других представителей популяции, у которых не выявлена вертеброгенная симптоматика. В идеальном виде, всем и, особенно, индивидуумам с соответствующей историей развития дезадаптаций необходима донозологическая реабилитация, в том числе, профессиональная и социальная в зависимости от стадии выраженности дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника и особенностей течения предыдущего (предыдущих) заболевания. Конечной целью лечения и реабилитации при неспецифической вертеброневрологической патологии является клиническое выздоровление; достижение данной цели требует последовательного решения ряда задач: в периодах дебюта и обострения - полная или неполная ремиссия, стабилизация процесса; в период относительной стабилизации - улучшение; в период ремиссии - предупреждение обострения, осложнения. Относительно патологии, в целом, ставится задача предупреждения или остановка прогрессивности неврологических проявлений поражения за счет уменьшения частоты, выраженности и длительности обострений, т.е. предупреждение развития явления дезадаптации и уменьшение прогрессирования дегенеративно-дистрофического поражения (долговременная стабильность адаптации). Специалисты, профессионально и целенаправленно занимающиеся вертеброгенной патологией, должны перестать лечить «остеохондроз», так как стараться «избавить» от него человека – это пытаться изменить естественное, эволюционно обусловленное развитие человеческого организма как биологического вида. В отношении данного поражения необходим целостный, комплексный методический подход в рамках реабилитационного направления в медицине, включающий определенные периоды (донозологический, нозологический) в соответствии с явлениями - адаптация (норма)/дезадаптация (осложнение).



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕТОДИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ ПРОФИЛАКТОРИЯ «СТРОИТЕЛЬ»

Никифорова Е.В.

Филиал «Санаторий - профилакторий «Строитель» Федерального государственного унитарного предприятия «Главного военно-строительного управления №8», г. Ижевск, Россия

Вертеброгенная патология, в структуре которой ведущее место занимает остеохондроз поясничного отдела позвоночника, является наиболее распространенной хронической патологией человека. Наибольший процент (70-80%) нетрудоспособности приходится именно на данную группу заболеваний. Не вызывает сомнений актуальность поисков новых технологий, повышающих результативность лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексной методики лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника с использованием процедуры вертикального подводного вытяжения позвоночника.

Материалы и метод. Эффективным методом лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника является тракция. Наиболее щадящий ее вариант – подводное вытяжение, так как в теплой воде под действием небольшой нагрузки на позвоночник происходит наиболее физиологичное расслабление связочно-мышечного аппарата и растягивание околопозвоночных эластичных тканей.

Дополнительное применение бальнеотерапии, плавания в бассейне, массажа и методов аппаратной физиотерапии усиливает и потенцирует действие процедуры подводно-вертикального вытяжения позвоночника.

В течение трех лет комплексное лечение остеохондроза поясничного отдела позвоночника получили 115 человек. Из них мужчин было 61 (53%), женщин 54 (47%) в возрасте от 35 до 60 лет. Пациенты принимались на лечение в период полной и неполной ремиссии заболевания, только с результатами МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника и после проведения консультации невролога. Жалобы на боли в поясничной области различной интенсивности предъявляли 105 человек (91,3%), интенсивность болевого синдрома у всех пациентов была невысокой. Длительность заболевания составила от 1 до 15 лет. У 39 пациентов (33,9%) имело место стационарное течение заболевания, а у 76 (66,1%) - хронически рецидивирующее течение заболевания. Среди сопутствующих заболеваний первое место занимала патология сердечно-сосудистой системы – 35 человек (30,4%). Противопоказанием для приема на лечение были спондилолистез любой стадии, состояние после оперативного лечения на позвоночнике, сколиотическая болезнь, остеопороз, фибромиома матки более 6 недель, возраст после 60 лет, грыжи межпозвоночного диска более 6 мм по МРТ, общие для физиотерапии.

Из общего числа пролеченных 19 человек (16,5%) прошли комплексное лечение повторно с интервалом от 2 до 7 лет. При этом продолжительность ремиссии заболевания у них составила от 1 до 10 лет.

Методика проведения лечения:

1. Прием сероводородной ванны с концентрацией сероводорода 25-100 мг/л, температура 36-37 градусов С, время 7-10-12 минут, №10.

2. Подводно-вертикальное вытяжение позвоночника на комплексе для проведения вертикального подводного вытяжения отделов позвоночника КИВ ПВП – «ТММ» в бассейне с теплой водой температурой 37 градусов С, 15 минут, №10 (сила тракции от 9 до 39 кг по схеме с максимумом к середине курса, в зависимости от клиники, выраженности болевого синдрома, наличия сопутствующих заболеваний, конституции пациента и его переносимости).

3. Отдых в положении лежа 30 минут.

4. Массаж ручной классический мышц спины и области позвоночника 20-25 минут, №10.

5. Отдых в положении лежа 30 минут.

6. Ношение корсета пояснично-крестцового средней жесткости в вертикальном положении 2 часа, №8-10.

7. Плавание в бассейне с артезианской водой 15 минут, температура воды 29-30 градусов С, №10.

8. Аппаратная физиотерапия на область пояснично-крестцового отдела позвоночника паравертебрально и область боли нижней конечности (один из видов в зависимости от клинических проявлений заболевания, сопутствующих заболеваний и полученных недавно методов физиотерапии): ультрафонофорез с гидрокортизоновой мазью, дарсонвализация, низкочастотная переменная магнитотерапия, хромотерапия синим цветом, инфракрасная лазеротерапия.

На протяжении всего курса лечения для пациента было обязательно ношение фиксирующего пояса в течение не менее 2 часов после процедуры подводно-вертикального вытяжения. Не рекомендовалось занимать положение сидя, заниматься физическими нагрузками высокой и средней интенсивности.

Выводы:

1. Положительная динамика наблюдалась у 103 человек (89,6%): уменьшился болевой синдром, увеличился объем активных движений в позвоночнике; со слов пациентов, улучшилось качество жизни.
2. Основная категория пациентов, получивших лечение – люди трудоспособного возраста от 35 до 60 лет.
3. Комплекс лечения все пациенты переносили хорошо, обострения заболевания отмечено не было.
4. Эффективность, безопасность и хорошая переносимость представленного комплекса может быть широко использована для восстановительного лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника.



УНИВЕРСАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Норенко В.В., Комаров Г.А.

ФГОУ ДПО ИПК ФМБА России, ФГБУЗ ЦКБВЛ ФМБА России, г. Москва, Россия

В связи с признанием рекомендаций международных стандартов серии ИСО (ISO)9000: 2000 и выше как национальных (ISO-International Organization for Standardization ISO, Международная Организация по Стандартизации ИСО), становится приоритетным применение рекомендаций международных стандартов ИСО для создания универсальной парадигмы управления качеством медицинской помощи. Универсальная парадигма управления качеством медицинской помощи на этапе медицинской реабилитации и восстановительного лечения тесно связана с применением современных моделей оптимизации качества. Для того, чтобы понять какая модель наиболее соответствует универсальной парадигме управления качеством необходимо провести сравнительный анализ моделей оптимизации качества медицинской помощи на этапе медицинской реабилитации и восстановительного лечения.

Рассмотрим две модели, используемые для оптимизации качества медицинской помощи на этапе медицинской реабилитации и восстановительного лечения: Quality Assurance(QA) – Гарантия Качества, устаревшая и уходящая модель управления, основанная на статистическом анализе необходимом для достижения гарантированного результата качества медицинской помощи и новая, перспективная – Total Quality Management(TQM) – Общее Управление Качеством, всеобщая модель качества, основанная на рекомендациях стандартов серии ИСО. Модель оптимизации качества QA – это соответствие устаревшим стандартам: убежденность в улучшающей роли проверок (инспектирования), повышение качества основанное на материальном стимулировании, искореняющие и насаждающие функции у руководства лечебно-профилактического учреждения, работники являющиеся слепыми исполнителями, потребители медицинских услуг (пациенты) ответственные за снижение качества медицинской помощи, принятие решений касающихся оптимизации качества медицинской помощи осуществляющееся на интуитивной и эмпирической основе. TQM – это: непрерывное совершенствование качества, управление процессами медицинской реабилитации и их модернизация, повышение качества медицинской помощи на этапе медицинской реабилитации и восстановительного лечения на основе взаимосвязи процессов, разрешающие и поддерживающие методы управления у руководства лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), участие в процессе производства медицинских услуг всех работников ЛПУ, признание того, что качество - основа рентабельности и успеха, признание потребителей медицинских услуг (пациентов) основными партнерами, принятие решений на основе изучения и анализа процесса производства медицинских услуг и качества медицинской помощи. Таким образом, модель TQM – всеобщая модель качества, соответствует универсальной парадигме управления качеством медицинской помощи на этапе медицинской реабилитации и восстановительного лечения.

Выводы: 1. Total Quality Management(TQM) – всеобщая модель качества, основанная на рекомендациях стандартов серии ИСО, соответствует универсальной парадигме управления качеством медицинской помощи на этапе медицинской реабилитации и восстановительного лечения. 2. ЛПУ восстановительного профиля необходима приверженность новым принципам и методам оптимизации качества медицинской помощи, основанным на рекомендациях международных стандартов ИСО.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗОСКЕЛЕТА «EXOATLET PRO» ПРИ ХОДЬБЕ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Петрушанская К.А, Письменная Е.В.

ООО «ЭкзоАтлет», г. Москва, Россия

Инсульт – одно из наиболее тяжелых проявлений сердечно-сосудистых заболеваний, число которых имеет тенденцию к росту. Одним из наиболее тяжелых проявлений инсульта является наличие двигательных нарушений. Большинство исследователей полагает, что наилучший эффект реабилитации наблюдается в течение первого года после начала заболевания. Поэтому именно этот период является наиболее перспективным в плане реабилитации. В настоящее время имеется достаточно много эффективных методов реабилитации данного контингента больных – роботизированная механотерапия, опорная стимуляция, различные методы ЛФК, электрическая стимуляция мышц при ходьбе и т.д. Одним из наиболее перспективных методов реабилитации больных с инсультом является тренировка ходьбы в экзоскелете.

Целью данной работы было выявить эффективность применения тренировки ходьбы в экзоскелете у больных с инсультом.

Объектами исследования являлись 5 больных с ишемическим инсультом (1 женщина и 4 мужчины) в раннем восстановительном периоде заболевания с оценкой по шкале мышечной силы в нижних конечностях не менее 3 баллов. Все пациенты были госпитализированы в неврологическое отделение ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Срок госпитализации составил 14-15 суток. Возраст больных варьировал от 37 до 76 лет. У 3-х пациентов отмечалось правостороннее поражение, а у двух – левостороннее. У двух больных ишемический инсульт произошел в первый раз, у двух – во второй раз, у одного пациента - уже в третий раз. До начала курса 4 больных ходили с тростью в здоровой руке, один больной ходил без дополнительной опоры.

Всем больным было проведено также комплексное биомеханическое исследование ходьбы до и после курса тренировки в экзоскелете. Посредством комплекса «МБН-Биомеханика» были исследованы следующие биомеханические показатели ходьбы: основные параметры (темп ходьбы, длина двойного шага, средняя скорость передвижения); временные параметры (длительность опорной и двуопорной фаз, переносной фазы, коэффициента ритмичности), кинематические параметры (угловые перемещения в суставах нижней конечности).

Биомеханические исследования показали, что ходьба данной группы больных характеризуется снижением основных параметров относительно нормы: уменьшением скорости – в 2,7 раза (0,44 м/с), длины двойного шага – в 2,1 раза (0,68 м), темпа – в 1,3 раза (77 шаг/мин). Наблюдается отчетливая временная асимметрия ходьбы: на паретичной нижней конечности имеет место укорочение опорной фазы и удлинение переносной фазы; противоположное отношение фаз цикла отмечается на сохранившейся конечности. Вследствие неустойчивости при переносе нагрузки с сохранившейся на паретичную конечность резко удлинена двуопорная фаза, соответственно на паретичной ноге – на 52% (19.2%), а на сохранившейся – на 37% (17%).

До курса реабилитации наиболее существенные изменения наблюдаются в рисунке локомоторных движений. На паретичной ноге у всех больных отмечается резкое снижение амплитуды движений в тазобедренном (ТБС), коленном (КС) и голеностопном суставах (ГСС), у 2 больных наблюдается рекурвация (переразгибание) в КС, у 3 больных - тенденция к сгибательной установке ноги в опорную фазу. Согласно осредненным данным, отмечается уменьшение величины коленного угла (КУ) в переносную фазу (39°). Наибольшие изменения происходят в кривой голеностопного угла (ГСУ): у всех больных наблюдается отвисание или эквиноварусная установка в ГСС, наступание на опору происходит с носка, слабо выражено подошвенное сгибание в фазу заднего толчка и отсутствует тыльное сгибание в течение переносной фазы. Также снижается амплитуда угловых перемещений в ТБС, причем как за счет уменьшения угла сгибания в опорную фазу (240), так и за счет снижения угла разгибания (4,50). На сохранившейся конечности заметна тенденция к сгибательной установке ноги в опорную фазу, что проявляется в виде увеличения сгибания в опорную фазу и некоторого смещения вверх кинематических кривых от нулевой линии, соответствующей стоянию. Все экстремальные значения несколько сдвинуты вправо по временной оси.



Методика. Всем пациентам был проведен 10-дневный курс тренировки ходьбы в экзоскелете «ЕхoAtlet-PRO». Длительность сеанса не превышала 1 час, при этом длительность ходьбы в экзоскелете составляла 25-30 минут в зависимости от состояния больного. При ходьбе в экзоскелете устанавливается средняя скорость передвижения – 0,22 м/с при длине двойного шага 0,66 м и темпе 40 шаг/мин. Таким образом, при средней длительности сеанса 30 минут больной проходил за сеанс расстояние почти 400 м (396), делая при этом 1200 шагов, а за 10-дневный курс – 3960 м.

Результаты. Биомеханические исследования демонстрируют существенное улучшение биомеханической структуры ходьбы больных после курса тренировки. Средняя скорость передвижения возрастает на 27% (0.56 м/с), длина двойного шага - на 15% (0,78м), а темп ходьбы – на 12% (86 шаг/мин). Отмечается значительное улучшение временной структуры шага: на обеих ногах уменьшается длительность опорной фазы на 7% (62,4% - на паретичной и 63,5% - на сохранившейся) и увеличение продолжительности переносной фазы: на паретичной ноге – на 15% (37,6%), а на сохранившейся ноге – на 14% (36,5%). На обеих ногах сокращается длительность двуопорной фазы (на паретичной - на 30%, на сохранившейся - на 17%), что указывает на повышение устойчивости при ходьбе. В целом практически полностью исчезает временная асимметрия. После курса наметились следующие изменения кинематических параметров ходьбы: отмечается явное увеличение угловых перемещений в ТБС и особенно в КС паретичной конечности. В КС паретичной конечности величина угла сгибания в переносную фазу возрастает с 39° до 53°, а в КС сохранившейся конечности – с 45° до 57°. У двух больных полностью исчезает рекурвация в КС, вся кривая располагается выше нулевой линии. Также происходит увеличение амплитуды движений в ТБС, в основном за счет увеличения угла сгибания в переносную фазу. Наименьший эффект отмечается в движениях в ГСС, причем только на сохранившейся конечности: незначительно возрастает первое тыльное и второе подошвенное сгибание. На сохранившейся конечности наблюдается сдвиг экстремальных значений влево по временной оси.

Выводы. Полученные данные показывают, что 10-дневный курс тренировки в экзоскелете приводит к значительному улучшению биомеханической структуры ходьбы у больных с инсультом, что проявляется в увеличении скорости, темпа и длины шага, повышении устойчивости, устранении временной асимметрии, в увеличении амплитуды угловых перемещений в ТБС и особенно в КС обеих нижних конечностей, причем наибольший прирост отмечается в величине угла сгибания в КС в переносную фазу шага на обеих ногах.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПЛАНТАРНОМ ФАСЦИИТЕ

Прядко О.И., Ходарев С.В., Иванов Д.В.

*Государственное бюджетное учреждение Ростовской области
«Лечебно-реабилитационный центр №1», г. Ростов-на-Дону, Россия*

Наиболее частой причиной болей в области стопы является плантарный фасциит, распространенность его, по данным литературы, достигает 21% случаев. Основой для постановки этого диагноза является клиническая симптоматика. Морфологическим проявлением длительного воспалительного процесса в плантарной фасции является пяточная шпора. Чаше она протекает бессимптомно и выявляется при рентгенодиагностике у пациентов с повышенным весом и плоскостопием. Причиной, приводящей к возникновению боли в области пятки, является напряжение фасции, и места ее крепления к пяточной кости в результате механической перегрузки стопы. Плантарный апоневроз - это многослойная фиброзная структура, которая непосредственно поддерживает продольный свод стопы во время шага. Болевой синдром чаще локализован в медиальной поверхности пяточной области, за счет ущемления ветвей подошвенного нерва, и носит стартовый характер. Боль в стопе уменьшается после нескольких минут ходьбы (12-15 шагов), но после длительной нагрузки - опять усиливается. Многие пациенты пытаются лечиться самостоятельно, прежде чем обратиться за медицинской помощью.

Эффективность консервативного лечения, включая физиотерапию, использование ортопедических стелек и проведение несистемной противовоспалительной терапии, не достаточно. В ортопедической практике чаще применяются различные физиотерапевтические процедуры: магнитотерапия, импульсные токи, электрофорез и фонофорез лекарственных веществ. В настоящее время все большее применение получает метод экстракорпоральной ударно-волновой терапии.

Цель исследования: изучить эффективность метода экстракорпоральной ударно-волновой терапии при плантарном фасциите.

Материал и методы исследования: лечение проводилось 68 больным с установленным диагнозом плантарный фасциит, из них 38 женщин (55,9%) и 30 мужчин (44,1%). Средний возраст больных составил 44.5 ± 4.5 года. Больные были разделены на две группы, сопоставимые по полу и возрасту. В первую группу (опытную) были включены 34 пациента, которым проводилась экстракорпоральная ударно-волновая терапия аппаратом «ПьезоВейв» фирмы «Рихард Вольф», (Германия). Лечение включало пять процедур, интервал между процедурами - 3-7 дней. В течение одной процедуры проводилось 2100-3000 импульсных ударов с частотой 4 Гц, мощность ударных импульсов - в зависимости от индивидуальной переносимости. Вторую группу (контрольную) составили 34 больных получавших только традиционную физиотерапию (магнитотерапию №10, фонофорез 1% гидрокортизона №10).

Эффект от лечения этими методами оценивался по схеме: отличный результат - боль полностью купирована, при физической нагрузке не появляется или появляется незначительно, кратковременно и самостоятельно проходит, в течение 3х месяцев пациент не обращается за помощью; хороший - боль незначительная, не мешает выполнять физические нагрузки, в покое боли нет, в течение 3-х месяцев повторных обращений не было; удовлетворительный - болевой синдром незначительный, в покое болей нет, при физической нагрузке боли усиливаются, купируются самостоятельно, 3 месяца повторных обращений нет; слабopоложительный - болевой синдром уменьшается, в покое болей нет, физическая нагрузка боль усиливает, требуется прием нестероидных противовоспалительных препаратов, охранительный режим и повторное обращение в течение 3 месяцев; без эффекта - болевой синдром сохраняется, ортопедический статус прежний.

Анализ результатов проведенного лечения был сделан через 3 месяца после его окончания. В группе больных, получивших 5 процедур ударно - волновой терапии, результат по оценочной шкале отмечен как отличный у 23 пациентов (68%), а в группе, получивших курс физиотерапии - такого результата не наблюдалось. Хороший результат в опытной группе 6 человек (18%) превышал результат в контрольной группе в 3 раза - 2 пациента (5,8%). Удовлетворительный результат после курса ударно - волновой терапии зафиксирован у 3-х человек, (8,0%), после физиотерапевтического лечения - являлся преобладающим и наблюдался у 20 человек (58,8%). Так же слабopоложительный и без эффекта результаты преобладали в контрольной группе пациентов - 8 человек (23,5%) и 4 человека (11,9%) по сравнению с опытной группой соответственно 1 человек (3,0%) и 1 человек (3,0%).

Таким образом, полученные результаты позволили нам прийти к следующим выводам: применение метода экстракорпоральной ударно-волновой терапии при плантарном фасциите способствует более быстрому и стойкому лечебному эффекту. Этот метод обладает явным преимуществом перед традиционными физиотерапевтическими методами, так как имеет узкий перечень противопоказаний, высокую пропускную способность и высокую эффективность, что позволяет использовать его как монотерапию и в комплексной медицинской реабилитации данной патологии.

**ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

¹Смычек В.Б., ²Васильченко Н.И., ²Емельянов Г.А., ²Святская Е.Ф., ²Жукова Т.В., ²Сикорская И.С.

¹ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь,

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

В Республике Беларусь с учетом мировых тенденций развития здравоохранения, ориентированных на необходимость и значимость восстановительного лечения, проводится постоянная работа по совершенствованию системы оказания реабилитационной помощи при различных заболеваниях.

Отработана и совершенствуется система проведения реабилитационных мероприятий, основанная на следующих базовых принципах: раннее начало, комплексность, принцип этапности, непрерывность, последовательность, преемственность, мультидисциплинарный подход, индивидуальность проведения реабилитационных мероприятий с оценкой уровня реабилитационного потенциала (медицинская, психологическая, социальная составляющие) с акцентом на активное участие пациента.

Работа службы медицинской реабилитации взрослого населения регламентирована приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь №1300 от 10.12.2014 г. «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения». Реабилитация детей осуществляется согласно Инструкции о порядке организации и проведения медицинской реабилитации детей в Республике Беларусь, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь №227 от 12.03.2011 г. «О совершенствовании службы медицинской реабилитации детей в Республике Беларусь».

Служба реабилитации в республике представлена 326 отделениями медицинской реабилитации: 96 стационарных отделений (из них 59 отделений для взрослого населения, включающих 2695 коек; 37 отделений для детского на 1952 койки) и 230 амбулаторно-поликлинических отделений (взрослых - 182, детских - 48).

Профиль и количество отделений медицинской реабилитации сформированы с учетом нозологической структуры социально значимой патологии и нуждаемости в медицинской реабилитации, исходя из заболеваемости в том или ином регионе. В структуре службы неврологические, кардиологические, кардиохирургические, ортопедотравматологические, онкологические, многопрофильные отделения для взрослых и неврологические, психоневрологические, ортопедотравматологические, кардиологические, офтальмологические, гастроэнтерологические, пульмонологические, многопрофильные отделения для детей.

В течение 2016 года на стационарный этап медицинской реабилитации поступило 93652 пациента (2015г. – 93204) и завершило полный курс реабилитации 92880 пациентов, включая 19418 инвалидов, в том числе: 56548 взрослых, 36332 детей (из них 5539 инвалидов).

Количество лиц, прошедших медицинскую реабилитацию в амбулаторно-поликлинических условиях, в 2016 году составило 1 799 265 человек (2015 – 1 767 933), взрослого населения 1715549 (в том числе 119008 инвалидов), 344757 (2015 – 341230) детей.

Но, несмотря на положительные тенденции, наблюдающиеся в 2016 году, остается недостаточно высоким количество пациентов, направленных на ранний стационарный этап медицинской реабилитации после инфаркта миокарда, инсульта и онкопатологии. Из числа нуждающихся в реабилитации соответственно – 66,7%, 49,1% и 50,2%. (2015 год – 57,4%, 48,7%, 46,7% соответственно).

В целом можно сказать, что реабилитационное пространство в республике сформировано с учетом максимальной доступности на всех этапах оказания медицинской помощи населению, ведется работа по освоению и внедрению основных положений Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья, как базового инструмента определения потребности изменений инфраструктуры социальной среды. Дальнейшая работа связана с повышением качества и эффективности оказания реабилитационной помощи путем разработки научно обоснованных подходов к реабилитации при различной нозологии в плане формирования как теоретических предпосылок и нормативно-правовой базы, так и совершенствования клинических аспектов с уточнением дифференцированных программ медицинской реабилитации для лечебно-реабилитационного этапа, этапа ранней стационарной реабилитации и амбулаторного этапа реабилитации.

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ИММУННО-ЭНДОКРИННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Соболева Е.М., Каладзе Н.Н.

*ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Медицинская академия им. С.И. Георгиевского,
г. Симферополь, Россия
alex_sobolev64@mail.ru*

Цель исследования: оценить динамику показателей цитокинового статуса и гормонов эпифизарно-гипофизарно-надпочечниковой оси под влияния санаторно-курортного лечения у больных ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА).

Материалы и методы. На базе ГБУ РК «СДиДР «Здравница» г. Евпатория, было обследовано 60 больных ЮРА (средний возраст $12,30 \pm 0,22$). Суставная форма заболевания наблюдалась у 81,96% больных, суставно-висцеральная форма ЮРА – у 18,04%. Большинство наблюдаемых (53,38%) имели минимальную степень активности процесса, 19,55% – среднюю степень активности, в фазе ремиссии находилось 27,07% больных. По длительности заболевания больные распределились следующим образом: у 42,11% детей стаж болезни составил от 1 до 3 лет, у 21,80% — от 3 до 6 лет и у 36,09% — более 6 лет. Использовался стандартный комплекс санаторно-курортного лечения (СКЛ) с учетом формы, степени активности и наличия экссудативных или пролиферативных изменений в пораженных суставах. Продолжительность реабилитации составила 25 дней.

Контрольную группу (КГ) составили 20 практически здоровых сверстников.

Методом ИФА в сыворотке крови определяли количественную концентрации показателей цитокинового (ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-4, ИЛ-10) и гормонального статуса (АКТГ, кортизол и пролактин, мелатонин). Об уровне мелатонина и сохранности биоритмов судили на основании определения 6-сульфатоксимелатонина (6-COMT) в моче.

Обсуждение полученных результатов. Проведенное исследование показало, что у пациентов с ЮРА значения как провоспалительных (ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-6), так и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) цитокинов достоверно ($p < 0,01$) превышают показатели КГ. При этом данные изменения не зависели от пола, возраста и клинических проявлений заболевания (формы и активности патологического процесса), что подтверждает универсальность изменений в иммунной системе. Внутрисистемный корреляционный анализ, выявил корреляции между степенью активности заболевания и содержанием ИЛ-4 ($r = -0,46$; $p < 0,05$), уровнем ИЛ-10 и проявлениями функциональной недостаточности ($r = -0,43$; $p < 0,05$), что подтверждает факт снижения противовоспалительного потенциала, ассоциированного с увеличением степени активности заболевания и, как следствие, прогрессированием функциональной недостаточности у пациентов данной группы.

У больных ЮРА выявлены особенности функционирования эпифизарно-гипофизарно-надпочечниковой системы, которые характеризовались достоверным ($p < 0,05$) снижением суточной концентрации и нарушением ритма секреции мелатонина, которые прогрессировали по мере роста активности заболевания. При этом максимальные значения были выявлены у больных в стадии ремиссии. Данный факт дает возможность предполагать связь общего уровня мелатонина с реализацией противовоспалительного эффекта. Выявленные достоверные корреляционные связи между ночным содержанием мелатонина и такими показателями как длительность заболевания ($r = -0,54$; $p < 0,05$), степень активности процесса ($r = -0,69$; $p < 0,05$), длительность утренней скованности ($r = -0,47$; $p < 0,05$) свидетельствует о том, что инверсия ритма секреции способствует прогрессированию болезни и создает предпосылки к формированию внутреннего десинхронизма, приводящего к рассогласованию в работе как эндокринной системы, так и иммунной систем. Уровень содержания пролактина у больных ЮРА был достоверно ($p < 0,01$) выше, чем у здоровых сверстников. Данная тенденция сохранялась независимо от гендерно-возрастных, клинических отличий и коррелировала с уровнем ИЛ-1 ($r = 0,52$; $p < 0,05$), что подтверждает провоспалительный эффект высоких концентраций данного гормона. В системе гипофиз-надпочечники изменения характеризовались снижением содержания АКТГ и повышением уровня кортизола, с нарушением принципа регулирования по типу обратной связи (отсутствие корреляционной связи между показателями АКТГ и кортизола (характерной для здоровых детей)).



Под влиянием санаторно-курортного лечения отмечалась тенденция к нормализации суточного содержания мелатонина и восстановлению его нормального биологического ритма. Зафиксировано незначительное снижение содержания пролактина и АКТГ, при сохраняющихся стабильно высоких показателях уровня кортизола, достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня ФНО- α , ИЛ-1 и ИЛ-4. В отношении других как про-, так и противовоспалительных цитокинов отмечалась лишь недостоверная тенденция к снижению их концентрации.

Выводы. У больных ЮРА выявлено повышение уровня как про- так и противовоспалительных цитокинов. Установлены особенности функционирования эпифизарно-гипофизарно-надпочечниковой системы, которые характеризовались снижением уровня АКТГ, суточной концентрации мелатонина и инверсией его ритма, а так же повышенными значениями кортизола и пролактина. Формирование внутреннего десинхроноза способствовало нарушениям в гормональной и иммунной регуляции. Показано положительное влияние санаторно-курортного лечения на динамику исследуемых параметров, однако незначительная выраженность данных изменений диктует необходимость пролонгирования длительности реабилитации и модификации стандартных комплексов санаторно-курортного лечения.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА

Стешина Т.Э.¹, Самойлов А.С.², Колбахова С.Н.³

¹ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава,

²ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России,

³Кафедра восстановительной медицины, спортивной медицины, курортологии и физиотерапии с курсом сестринского дела ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Россия

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность комплексных реабилитационных мероприятий у пациентов старческого возраста после оперативного лечения по поводу переломов проксимальных отделов бедра.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное обследование и реабилитационное лечение 34 пациентов старческого возраста (средний возраст $79,4 \pm 3,1$ лет, женщины составляли 88,2%), госпитализированных в отделение восстановительного лечения и реабилитации на 7-16 (в среднем на $11,7 \pm 2,5$) сутки после оперативного лечения по поводу переломов проксимального отдела бедра. В 41,1% наблюдений было проведено эндопротезирование тазобедренного сустава, в 58,9% – остеосинтез бедренной кости. Длительность восстановительного лечения составляла от 14 до 42 (в среднем $22,5 \pm 4,6$) дней. Комплексное обследование включало объективный осмотр, лабораторно-инструментальные методы исследования, определение риска падений с использованием опросника «Falls Risk Status» и оценку когнитивных способностей при помощи опросника «Мини-исследование умственного состояния». Кроме того, перед началом и в конце стационарного периода реабилитации проводились оценка выраженности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и определение степени независимости в повседневной жизни по шкале Бартела. Реабилитационная программа была направлена на профилактику осложнений, уменьшение болевого синдрома, укрепление мышц, увеличение объема движений в оперированном суставе, расширение режима двигательной активности, повышение толерантности к физической нагрузке и профилактику падений. Мультидисциплинарная реабилитация осуществлялась мультидисциплинарной бригадой, включавшей травматолога, терапевта, врача ЛФК, физиотерапевта и состояла из лечебной гимнастики, ходьбы в системе разгрузки массы тела при необходимости исключения осевой нагрузки на конечность, обучения ходьбе с использованием дополнительных средств опоры, пассивной механотерапии оперированного сустава на специализированном артрологическом комплексе, магнито- и лазеротерапии. При отсутствии тромбоза глубоких вен (в 73,5% наблюдений) проводились электромиостимуляция и массаж оперированной конечности в электростатическом поле по лимфодренажной методике.

Результаты проведенного обследования выявили выраженную зависимость пациентов от помощи окружающих: суммарный балл по шкале Бартела составлял $40,5 \pm 8,9$ баллов. Только 21,7% пациентов могли самостоятельно передвигаться с помощью дополнительных средств опоры, еще 65,2% были вертикализированы и могли стоять при посторонней поддержке, 13,1% присаживались в постели с посторонней помощью. У 43,5% пациентов отмечалось снижение когнитивных функций, еще у 47,8% лиц имелась деменция различной степени выраженности. Оценка данных опросника «Falls Risk Status» продемонстрировала значения, соответствующие высокому риску падений ($17,9 \pm 1,1$ баллов) у абсолютного большинства пациентов (88,2%). Значения, соответствовавшие среднему риску (14,6 $\pm$ 1,3 балла), определялись у 11,8% пациентов. Динамическая оценка соматического статуса, лабораторно-инструментальных параметров и функциональных шкал, проведенная перед выпиской из стационара, продемонстрировала хорошую переносимость лечебно-реабилитационных мероприятий. Оценка боли в оперированной конечности по ВАШ выявила ее уменьшение с $67,0 \pm 14,5$ мм до $32,2 \pm 11,1$ мм ($p \leq 0,05$). Индекс Бартела при завершении стационарного этапа реабилитации равнялся $65,5 \pm 10,8$ баллам ($p \leq 0,05$). 100% пациентов были вертикализированы, 86,9% из них самостоятельно передвигались при помощи дополнительных средств опоры (ходунки), 3 из 23 пациентов (13,1%) с выраженной деменцией были адаптированы к креслу-каталке.

Таким образом, реализация мультидисциплинарной программы реабилитации междисциплинарной бригадой специалистов у пациентов старческого возраста с переломами проксимальных отделов бедра способствует эффективной профилактике послеоперационных осложнений, уменьшению болевого синдрома, повышению функциональной активности и независимости в повседневной жизни.



ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА

Тертышная Е.С., Ходарев С.В., Щекинова А.М.

*Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Лечебно-реабилитационный центр № 1»,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Совершенствование системы подготовки спортивного резерва является основной задачей юношеского спорта. Рост спортивных достижений в мировом масштабе приводит к необходимости поиска новых методик повышения эффективности учебно-тренировочного процесса юных спортсменов, диагностики предпатологических и патологических состояний, способов их лечения, а также разработки программ реабилитации.

Комплексная медицинская реабилитация юных спортсменов осуществляется по программам, которые составляют на основании анализа заболеваемости и травматизма, формирования банка данных здоровья, физического, биологического развития и физической работоспособности, скрининг-тестов, современных диагностических программ, углубленных медицинских и комплексных обследований и индивидуальных рекомендаций, и направлена на обеспечение профилактических мероприятий по снижению общей заболеваемости, по предупреждению адаптационного срыва у учащихся-спортсменов и восстановительной терапии по предупреждению и профилактике заболеваний и травм.

Ведущим в решении вопросов, связанных с применением восстановительных мероприятий, является определение рациональных сочетаний тренировочных и восстановительных методов на различных этапах. В процессе восстановительного лечения для поддержания тренированности спортсмена применяют фармакологическую поддержку; ЛФК, а также специальные занятия тренировочного характера; физиотерапевтические процедуры; психокоррекцию; рефлексотерапию; медицинский массаж; спортивное питание.

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности реабилитационных мероприятий, с применением, интервальной гипоксической тренировки и общей магнитотерапии, у юных спортсменов в течение спортивного сезона.

Материалы и методы. Было проведено обследование спортсменов от 10 до 14 лет, занимающихся футболом в ДЮСШ (n = 120 человек), в течение 2015-2016 гг. Все 120 детей, участвующих в исследовании были распределены по группам: I основная группа (n=60) – юные спортсмены, занимающиеся игровыми видами спорта (футбол) применяющие для профилактики переутомления и восстановления работоспособности фармакологические препараты и оздоровительные программы интервальной гипоксической тренировки, а также общую магнитотерапию, II контрольная группа, (n=60) – юные спортсмены, занимающиеся игровыми видами спорта (футбол), и получающие фармакологическую поддержку: витамины, адаптогены, антиоксиданты, препараты калия, гепатопротекторы.

Длительность спортивного стажа составляла от 1 года до 5 лет; спортивная квалификация - юношеские разряды.

В начале и в конце тренировочного периода определяли физическую работоспособность методом велоэргометрии (ВЭМ) по тесту PWC170.

Искомая величина физической работоспособности в аэробных условиях определялась на велоэргометре с помощью теста PWC170, с регистрацией пульса, АД и ЭКГ во время нагрузки. Первая нагрузка проводилась с мощностью 150-300 кгм/мин в течение 3 минут, каждая следующая увеличивалась также на 150-300 кгм/мин с интервалом в 3 минуты. По достижении пульса 150-170 уд/мин, тестирование прекращалось. По результатам теста PWC170 проводилось определение показателей максимального потребления кислорода (МПК), хронотропного резерва сердца (процент прироста пульса), инотропного резерва сердца (процент прироста АД) и динамики восстановления ЧСС и САД.

Результаты и обсуждения. При проведении велоэргометрии в начале тренировочного сезона во II контрольной группе низкий (14 и ниже км/мин/кг) уровень работоспособности выявлен у 14 человек (17,5%), ниже среднего (15-16 км/мин/кг) у 21 человек (26,25%), средний (17-18 км /мин/кг) у 33 человек (41,25 %),

выше среднего (19-20 км/мин/кг) у 12 человек (15%). Тип гемодинамики до проведения реабилитационных мероприятий – нормотонический у 68 (85,0%) человек, дистонический у 8 (10,0%) человек, гипертонический у 4 (5,0%) человек. По исходному вегетативному тону группы контрольных наблюдений распределились следующим образом: эйтония – 34 (42,5%), симпатикотония – 31 (38,75%), ваготония – 15 (18,75%).

В I (основной) группе клинических наблюдений в начале тренировочного сезона исходный уровень работоспособности значимо не отличался от контрольной и составил: низкий (14 и ниже км/мин/кг) у 15 человек (18,8%), ниже среднего (15-16 км/мин/кг) у 20 человек (25,0%), средний (17-18 км /мин/кг) у 35 человек (43,8%), выше среднего (19-20 км/мин/кг) у 10 человек (12,5%). Тип гемодинамики – нормотонический у 60 (75,0%) человек, дистонический у 11 (13,8%), гипертонический у 9 (11,3%), после реабилитационных мероприятий, нормотонический тип гемодинамики выявлен у 76 (95,0%) человек, дистонический у 2 (2,5%) человек, гипертонический у 2 (2,5%) человек спортсменов. Исходный вегетативный тонус распределился следующим образом: эйтония – 32 (40,5%), симпатикотония – 34 (42,5%), ваготония – 14 (17,5%).

Программы медицинской реабилитации назначались юным футболистам два – три раза в течение тренировочного периода. Они включали: СКЭНАР-терапию № 7, иглорефлексотерапию № 10, водолечение № 10, медицинский массаж № 10, нормобарическую гипокситерапию № 15 (I основная группа), общую магнитотерапию № 15 (II контрольная группа). Переносимость реабилитационных мероприятий у спортсменов в 96,3% (77 из 80) случаев хорошая.

При проведении велоэргометрии в конце тренировочного сезона установлено, что в контрольной группе низкий уровень работоспособности установлен у 3 человек (3,75%), ниже среднего у 15 человек (18,75%), средний у 46 человек (57,5 %), выше среднего (19–20 км/мин/кг) у 16 человек (20,0%), нормотонический тип гемодинамики выявлен у 70 человек, дистонический у 6 человек, гипертонический у 4 человек, по типам вегетативного тонуса: эйтония – 35 (43,75%), симпатикотония – 29 (36,25%), ваготония – 16 (20%).

А в основной группе достоверно ($p < 0,05$) повысился уровень работоспособности, выше среднего у 18 человек (22,5%), средний у 52 человек (65,0%), ниже среднего – у 8 человек (10,0%), низкий – у 2 человек (2,5%), эйтония выявлена у 37 (46,25%), симпатикотония – 19 (23,75%), ваготония – 24 (30%) спортсменов, что свидетельствует о повышении тренированности (эйтония и ваготония – признаки тренированности, симпатикотония – признак срыва реакции адаптации).

Выводы: преформированные факторы физиотерапии достоверно ($p < 0,05$) повышают эффективность восстановления, способствуют росту спортивной результативности, являются профилактикой переутомления и перенапряжения, не являются допингом, не несут отрицательного влияния на организм спортсмена, не вызывают аллергических проявлений и не имеют противопоказаний.



СПОСОБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Хитров Н.А.

Управление делами Президента РФ, ФБГУ «ЦКБ с поликлиникой», г. Москва, Россия

Главная проблема людей современного общества - это способность вести «независимую жизнь». Заболевания опорно-двигательного аппарата причиняя механические, физические, психологические и эстетические страдания, ограничивают свободу человека. Реабилитация больных с поражением органов движения является медицинской и социальной задачей.

Большую долю среди заболеваний локомоторного аппарата составляют поражения параартикулярных тканей (ППАТ) суставов. Среди различных вариантов ППАТ большое место занимают энтезопатии – патологии энтезисов - мест прикрепления сухожилий, связок или апоневрозов к кости. Энтезисы метаболически активны и имеют хорошо развитую иннервацию. Именно область энтезисов становится «слабым звеном» в аппарате околосуставных тканей, где при чрезмерной нагрузке возникают микро- и макроскопические повреждения, приводящие в последующем к локальному воспалению.

Клиника энтезопатии часто определяет клинику ППАТ и характеризуется ограничением объема движений, спонтанной болью, болью при определенных движениях, болезненностью при пальпации, возможной припухлостью в области поражения. На фоне провоцирующих факторов, особенно механических перегрузок, часто происходят рецидивы и хронизация энтезопатий, что заставляет больного обращаться к врачу и вынуждает проводить лечение.

Ведущими методами лечения энтезопатий являются щадящий ограничительный двигательный режим, вплоть до иммобилизации сустава в течение нескольких недель и локальная инъекционная терапия.

Особенностями локальной терапии являются: максимальное воздействие на орган - «мишень», достижение максимальной концентрации лекарства в целевом органе, что уменьшает системно назначаемые средства и снижает токсическое действие препаратов на организм. При локальной терапии лечатся органы, которые определяют трудоспособность. Важно, что локальная терапия не исключает, а проводится с системным лечением.

Так как в основе патоморфогенеза энтезитов лежат: энтезитный «стресс», энтезитное воспаление и дегенеративная перестройка, то для лечения нужен структурно-модифицирующий препарат с противовоспалительными свойствами. В качестве локальной терапии предлагается курсовое местное шприцевое введение алфлутопа – препарата с хондропротективными и противовоспалительными свойствами, что было показано при его внутримышечном и внутрисуставном введении.

Алфлутоп стимулирует пролиферацию хондробластов, снижает активность гиалуронидазы, увеличивает эксперсию гиалуронансинтеазы, стимулирует синтез агрекана, снижает активность агреканызы. Противовоспалительный эффект алфлутопа состоит в уменьшении внеклеточного высвобождения провоспалительных интерлейкина 6 и интерлейкина 8. Антиоксидантный эффект алфлутопа характеризуется увеличением активности каталазы.

Алфлутоп содержит экстракт из 4-х видов морских рыб, включающий гликозаминогликаны: хондроитин-6-сульфат, хондроитин-4-сульфат, дерматансульфат, кератансульфат; гиалурионовую кислоту; полипептиды; свободные аминокислоты; микроэлементы: Na, K, Fe, Ca, Mg, Cu, Zn.

Алфлутоп был использован инъекционно для лечения наиболее распространенных форм энтезопатий: энтезопатий мышц манжеты ротаторов плеча, эпикондилитов локтевой области, энтезопатий спины, энтезопатий большого вертела бедренной кости, энтезопатии коленного сустава в области, формирующей анатомическую «гусиную лапку».

Частыми формами ППАТ плеча являются энтезопатии надостной и подлопаточной мышц. Было проведено открытое исследование по эффективности и переносимости терапии алфлутопом у 15 больных (4 мужчин и 11 женщин ср. возраста 53,4±8,6 лет) с энтезопатиями надостной и/или подлопаточной мышц. Всем

больным проводилось клиническое, рентгенологическое и ультразвуковое обследование области плечевого сустава.

Пациенту за одну процедуру в болезненные точки, соответствующие анатомическому расположению энтезисов пораженных мышц вводилось 2 мл алфлутопа с 0,25% раствора новокаина. Количество вводимого новокаина зависело от массы больного. Процедуру проводили 2 раза в неделю 5 раз.

На фоне данного курсового лечения алфлутопом у значительного большинства пациентов улучшилось самочувствие, что выражалось в повышении настроения, уменьшении раздражительности и нормализации сна, прежде всего за счет уменьшения приступов ночных болей. По окончании лечения боли в плече по визуальной аналоговой шкале достоверно ($p < 0,05$) уменьшились с $65,3 \pm 8,4$ до $31,7 \pm 5,6$ мм. Объем движений в угловых градусах увеличился с $37,6 \pm 6,2$ до $137,4 \pm 12,7$. По окончании лечения алфлутопом значительное улучшение состояния отмечено у 5 больных (оценка врача совпадала с оценкой пациентом), улучшение у 8, отсутствие динамики у 2. Отрицательной динамики от лечения не было.

С эпикондилитами локтевой области было пролечено 6 пациентов (4 мужчин и 2 женщины) ср. возраста $45,4 \pm 6,7$ лет. Пациентам в 1 болезненную точку вводилось 2 мл алфлутопа с 0,25% раствором новокаина. Таких сеансов было проведено 5 с интервалами 2 раза в неделю. По окончании лечения отметили значительное улучшение 2 человека, улучшение – 3 человека. Не почувствовал эффекта 1 больной.

С болями в спине пролечено 8 пациентов (5 мужчин и 3 женщины) ср. возраста $49,7 \pm 6,1$ лет. Пациентам в 3-5 паравerteбральных точек на болевой стороне за 1 сеанс в сумме вводилось 2 мл алфлутопа с новокаином. Проведено 5 сеансов с интервалами 2 раза в неделю. После лечения отметили значительное улучшение 4 человека и улучшение – 3 человека. Не почувствовал эффекта 1 больной. Отрицательных результатов не отмечено.

С клинкой энтезита большого вертела бедренной кости было пролечено 10 пациентов (3 мужчин и 7 женщин) ср. возраста $57,8 \pm 8,6$ лет. Пациентам в 1-3 болезненные точки мягких тканей области большого вертела за 1 сеанс в сумме вводилось 2 мл алфлутопа с 0,25% новокаином в зависимости от веса больного. Проведено 5 сеансов с интервалами 2 раза в неделю. Значительное улучшение отметили 7 человек и улучшение – 3 человека. Отсутствия динамики и отрицательных результатов никто не отметил.

С клинкой анзеринита пролечено 5 пациентов (2 мужчин и 3 женщины) ср. возраста $52,3 \pm 6,5$ лет. Пациентам в точку «гусиной лапки» вводилось 2 мл алфлутопа с 0,25% новокаином. Проведено 5 сеансов с интервалами 2 раза в неделю. После лечения отметили значительное улучшение 2 человека и улучшение – 3 человека. Отсутствия динамики и отрицательных результатов не отметил никто.

Таким образом, алфлутоп, комплексный натуральный препарат, по составу сходный с матриксом хряща, показал себя высокоэффективным и безопасным в лечении энтезопатий как вариантов поражений параартикулярных тканей и может быть использован как способ реабилитации больных с поражением опорно-двигательного аппарата. Локальное инъекционное лечение алфлутопом легко выполнимо, хорошо переносится пациентами, имеет мало побочных эффектов, обладает выраженным клиническим эффектом.



КОМПЛЕКСНАЯ, МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Ходарев С.В., Молчановский В.В.

*Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Лечебно-реабилитационный центр №1»,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Дегенеративно-дистрофические поражения различных морфофункциональных образований позвоночного столба являются социально отягощающим фактором с явной тенденцией к неуклонному росту в популяции. Оказание медицинской помощи больным, страдающим вертеброгенными болями в спине, представляет актуальную проблему как для медицины в целом, так и для конкретного врача, ежедневно принимающего пациентов с подобными жалобами, что ставит проблему их диагностики, лечения и профилактики на уровень государственной задачи.

При восстановительном лечении клинических проявлений дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника используется обширный арсенал различных средств и методов. Основные группы лечебно-реабилитационных воздействий у данного контингента больных могут быть систематизированы следующим перечнем: медикаментозные, физиотерапевтические, методы рефлекторной и мануальной терапии, лечебные медикаментозные блокады, лечебная гимнастика, специальные двигательные режимы, психокорректирующие, климато-бальнеотерапия и т.д. При неспецифической вертеброневрологической патологии с учетом развития первичного хронического дегенеративно-дистрофического процесса в позвоночнике лечебно-реабилитационные и профилактические мероприятия связаны в единый комплекс (реабилитационное направление), дополняя друг друга, и выделить какое-то одно направление соответствующего воздействия на пациента, зачастую, практически невозможно. Различные реабилитационные технологии, такие как диагностические, здоровье восстанавливающие, корригирующие, а также информационно-обучающие медицинские технологии, представляют собой общий процесс развертывания комплексной медицинской реабилитации на всех этапах ведения больного; лишь их оптимальный синтез позволяет добиться эффективности в лечении данного контингента больных. Активная реабилитация пациентов вертеброневрологического профиля с учетом особенностей течения данного патологического процесса даже на этапе дебюта заболевания должна проводиться в специализированных подразделениях, работающих на основе комплексных медицинских реабилитационных программ, т.е. должна быть специализированной узконаправленной, узкопрофильной.

Введение на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации стандартов (протоколов) диагностики и лечения пациентов вертеброневрологического профиля позволяет максимально четко обозначить цели, определить приоритеты в восстановительном лечении, сформировать индивидуальный комплекс необходимых медицинских реабилитационных технологий; при динамическом контроле - определить эффективность проводимой программы реабилитации, а при окончании данного этапа - разработать программу постреабилитационной защиты с учетом вторичной профилактики, диспансерного наблюдения, возможностей стационарного и санаторного этапов реабилитации и, при необходимости, - медико-социальной экспертизы, т.е. качественно организовать реабилитационные мероприятия в рамках внутриучрежденческого и межучрежденческого реабилитационных маршрутов. Общий дизайн проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий пациентам вертеброневрологического профиля предполагает формирование строго индивидуализированного комплекса всесторонних воздействий в их оптимально подобранном сочетании с учетом противопоказаний и побочных эффектов, пато- и саногенетических реакций с соблюдением принципа их минимальной достаточности на фоне адекватной фармакотерапии. Прогнозируемая эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий при неспецифической вертеброневрологической патологии достигается соблюдением следующих основных принципов: 1) комплексность используемых средств и методов; 2) воздействие на конкретный патоморфологический субстрат и обусловленные им неврологические симптомы; 3) сочетание воздействий на основное звено патогенеза соответственно стадии и этапу болезни; 4) устранение актуальных патобиомеханических изменений; 5) содействие индивидуальным механизмам саногенеза; 6) сочетание методов психологической, профессиональной и социальной реабилитации с их дифференциацией в зависимости от индивидуального реабилитационного диагноза; 7) соблюдение мультидисциплинарного под-

хода с созданием мультидисциплинарной команды (бригады), что предусматривает взаимодействие различных специалистов.

Стандартизация методов диагностики и лечения, наряду с постоянным соблюдением основных принципов лечебно-реабилитационных мероприятий данному контингенту больных, является важнейшим подходом значительно повышающим эффективность проводимых комплексных воздействий на всех этапах реабилитации. Унифицированный подход способствует соблюдению основных принципов реабилитации, помогает добиться стандартизированного традиционного и нетрадиционного лечения, индивидуального подбора соответствующих процедур и манипуляций в специализированных и неспециализированных подразделениях ЛПУ.

Анализ литературных данных, касающихся диагностики и лечения вертеброгенной патологии, и наш собственный клинический опыт показывают, что ни один из отдельно применяющихся методов хирургического и фармакологического лечения, немедикаментозной терапии (рефлексотерапия, мануальная терапия, физиотерапия, лечебная физическая культура, психотерапия и т.д.) не может сравниться по своей эффективности с многопрофильным подходом, применяющимся в специализированных отделениях или центрах, когда все вышеуказанные методы, назначенные в оптимально подобранном сочетании в одном комплексе, взаимно потенцируют друг друга. Это существенно снижает риск возникновения побочных явлений за счет уменьшения доз и сокращения курсов приема соответствующих лекарственных средств, аллергизации, а также повышает эффективность каждого из используемых методов лечебных воздействий. При этом организация работы многопрофильного медицинского реабилитационного центра, в условиях которого и должны осуществляться лечебно-восстановительные мероприятия такого сложного контингента больных, требует значительного совершенствования структуры и функционирования учреждения для обеспечения четкого взаимодействия подразделений и служб как единого реабилитационного пространства.

В заключение следует отметить, что недооценка значимости амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации больных вертеброневрологического профиля может привести к нарушению принципа преемственности лечебно-реабилитационной помощи, повлечь за собой затяжное течение болезни, трансформацию болевого синдрома в хроническую форму и т.д. и, в конечном итоге, пополнение категории инвалидов. Лечение и реабилитация (а также профилактика) должны быть едиными во времени и пространстве; с этой точки зрения, правомерно рассматривать выздоровление как целостную систему, в которую входят тесно взаимосвязанные и органически дополняющие друг друга лечение и реабилитация (лечебно-реабилитационные мероприятия).



ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМОВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ходарев С.В., Ходарева Н.К.

*Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Лечебно-реабилитационный центр №1»,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Актуален поиск эффективных методов медицинской реабилитации, учитывающих индивидуальные особенности течения патологического процесса и обеспечивающих контроль и оптимизацию терапии, восстановление функций органов и систем. К высокоэффективным немедикаментозным технологиям в реабилитации пациентов с соматической патологией относятся рефлексотерапевтические методы воздействия (акупунктура, электропунктура, фармакопунктура).

Известно, что в классической акупунктуре выбору биологически активных точек для воздействия принадлежит ведущая роль в достижении лечебного эффекта. Однако сам «рецепт» составляется исходя из субъективных сведений о больном, рекомендаций по подбору точек акупунктуры при различных заболеваниях, описанных в справочной литературе на основе симптомо-синдромологического принципа. Решить вопрос о состоянии органов и систем организма, составить «индивидуальный рецепт пациента» позволяет исследование функционального состояния точек акупунктуры.

Более 20 лет на базе областного медицинского реабилитационного центра функционирует автоматизированный компьютерный комплекс рефлексотерапии. Это единственный в Южном Федеральном округе уникальный комплекс, в котором органично соединены многовековые достижения традиционной медицины с преимуществами компьютерной техники. Основным направлением деятельности АККР является оказание специализированной высококвалифицированной лечебно-диагностической, консультативной, профилактической помощи, проведение реабилитационных мероприятий взрослым и детям с заболеваниями внутренних органов с использованием методов и средств рефлексодиагностики и рефлексотерапии, а также других методов традиционной медицины. Используемая на АККР методология и технология обследования и лечения позволяет в течение одного сеанса одновременно:

Использовать акупунктурные методы диагностики (тесты Акабане, Риодараку, аурикулодиагностики) для оценки функционального состояния внутренних органов;

Составить «индивидуальную рецептурную пропись» точек акупунктуры в соответствии с установленной патологией;

Дифференцированно выбрать виды воздействия на точки акупунктуры (иглотерапия, электропунктура, лазеропунктура), осуществить это воздействие;

Оценить эффективность лечения по динамике биофизических показателей конкретных точек акупунктуры и определить продолжительность терапии (используется метод Фолля);

Повысить пропускную способность отделения при высокой эффективности и объективности результатов лечения.

Наш опыт работы свидетельствует о высокой эффективности восстановительного лечения. Положительные результаты получены в 95% случаев, в том числе хорошие результаты у 75% больных, улучшение - у 20%. На комплексе успешно проводится лечение многих соматических заболеваний. Наиболее высокие результаты отмечались у пациентов с ВСД, артериальной гипертензией, ангиопатиями, заболеваниями органов дыхания, заболеваниями кишечника и желчевыводящих ходов. Технология входит в комплексную реабилитацию «часто болеющих детей». В идеологию работы комплекса заложен принцип не только лечения уже имеющегося заболевания, но и раннего выявления функциональных отклонений организма и их корректировка. В связи с этим отдельной группой выделены спортсмены как дети, так и спортсмены высшего мастерства, данным контингентом традиционно занимается учреждение. Известно, что спортивная деятельность сопровождается длительным воздействием на организм спортсмена как физиологических (чрезмерная физическая нагрузка), так и психологических стрессоров (эмоциональных и информационных). При этом программы подготовки не адекватны физиологическим и нервно-психическим возможностям спортсменов со временем приводят к перенапряжению. Иглорефлексотерапия АККР показала себя одним из методов, способствующих оптимизации восстановительных процессов, обеспечивающим адаптацию к физической нагрузке, интенсификацию тренировочного процесса и, в конечном счете, рост спортивных достижений.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о высокой диагностической и лечебной эффективности АККР при различной соматической патологии у взрослых и детей и позволяют рекомендовать данную технологию в практику реабилитации и спортивных центров.

СОВРЕМЕННЫЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ходарева Н.К., Кудяев А.Е.

*Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Лечебно-реабилитационный центр №1»,
МЦИТ «Артемиды», г. Ростов на Дону, Россия*

В последние десятилетия хронические неспецифические заболевания легких, в том числе бронхиальная астма, превратились во всем мире в крупнейшую медико-социальную и экологическую проблему, характеризуюсь тяжелым течением, высокими показателями инвалидности и смертности. Несмотря на имеющийся современный арсенал средств базисной терапии бронхиальной астмы (согласительный документ GINA), учитывая значительное число нежелательных побочных эффектов последних, высокую степень аллергизации населения, несомненный интерес представляет использование современных немедикаментозных средств, одним из которых является биорезонансная терапия (БРТ). По данным литературы клиническая эффективность биорезонансной терапии составляет более 80%. Методика не имеет противопоказаний. Необходимо также отметить, что в настоящее время существует несколько взглядов на этиопатогенез бронхиальной астмы. При этом, на противоположных полюсах располагаются психосоматический и соматический подходы. Каждая из этих концепций во главу развития заболевания ставит различные пусковые факторы, довольно часто игнорируя те, которые находятся на противоположном полюсе. Проведенные с 2007 года нами сравнительные исследования свидетельствуют о направленном влиянии БРТ, в частности системы многоуровневой адаптивной диагностики и терапии (МСАДТ), как на соматические, так и психологические компоненты заболевания. Также в свете патогенеза бронхиальной астмы представляют также интерес такие специальные возможности МСАДТ в сочетании с программой «Спектр» как возможность в каждом индивидуальном случае оценить патогенетическую цепочку развития заболевания и воздействовать на нее; подобрать биорезонансный препарат на инфекционный, аллергический агент, нивелировать этиологический фактор заболевания; использовать психодиагностические методологические подходы в виде стимульного материала для диагностики и разрешения ведущего жизненного радикала, актуальной эмоции и т.д.; проводить цвето- и музыкотерапию.

Под нашим наблюдением находилось 125 пациентов в возрасте от 36 до 57 лет, из них 68% мужчины с диагнозом бронхиальная астма (80% больных со среднетяжелым течением БА). Всем больным до применения БРТ проводилась медикаментозная терапия в соответствии с имеющимися стандартами. Все пациенты получали информационные препараты созданные по системе МСАДТ, обновляемые каждые 14 дней. Оценка направления и эффективности биорезонансной терапии проводилась на основании клинической симптоматики, стандартных лабораторных и инструментальных методов. Осуществлялся контроль неспецифических адаптационных реакций организма. Функциональное состояние организма связано с развитием общих неспецифических адаптационных реакций: реакции стресс (Г. Селье) и антистрессорных реакций тренировки (Тр) и активации (Л.Х. Гаркави с соавт., 2002 г.). Реакции тренировки, спокойной и повышенной активации представляют собой физиологическую зону реагирования организма. Стресс и переактивация выходят за границы этой зоны. Исходя из показателей лейкоцитарной формулы оценивался уровень интоксикации, были протестированы адаптационные реакции.

При проведении комплексной МСАДТ выраженность клинических симптомов у пациентов значительно уменьшилась, что служило основанием для уменьшения дозы ингаляционных стероидов и симпатомиметиков. Клиническая эффективность проводимой БРТ подтверждалась функциональными исследованиями. Достоверно улучшилась бронхиальная проходимость, снизилась выраженность посленагрузочного бронхоспазма, а также реактивность бронхов. Неспецифические адаптационные реакции организма установились на уровне тренировки, что свидетельствовало о секреции глюкокортикоидов в пределах верхней половины зоны нормы и оказании ими мягкого противовоспалительного действия без угнетения иммунной системы. Это указывает на активацию собственной противовоспалительной системы организма и снижение значимости раздражающих стимулов, ответственных за провоцирование приступа бронхиальной астмы. Также отмечено активирующее влияние на психофизиологическое состояние пациентов.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что многоуровневая системная адаптивная диагностика и терапия является дополнительным эффективным методом в реабилитации психосоматических заболеваний, в частности бронхиальной астмы. Это позволяет рекомендовать использование БРТ и системы МСАДТ для внедрения в лечебные учреждения с целью повышения эффективности комплексной реабилитации и улучшения качества жизни больных бронхиальной астмой.



РОЛЬ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПРОГРАММАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Хорошилов И.Е.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Задачами медицинской реабилитации является достижение наиболее полного и быстрого выздоровления после перенесенных заболеваний и травм, предупреждение и уменьшение риска инвалидности и, в целом, улучшение качества жизни пациентов. Реабилитация начинается на этапе оказания стационарной медицинской помощи, в том числе у тяжелых больных – в отделении реанимации.

Нутриционная поддержка – это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение и лечение тяжелых нарушений питания у больных с различной патологией. Они включают как диагностические, так и лечебные назначения. На первом этапе проводится оценка фактического питания и состояния нутриционного статуса (состояния питания) пациентов. Используются как скрининговые методы (NRS-2002, MNA, MUST, SGA), так и объективная оценка, включающая не только антропометрические данные (содержание жира, состояние мышц), но и инструментальную оценку (биоимпедансометрия, DXA, компьютерная томография и МРТ). Диагностический скрининг включает выявление следующих состояний: истощение, саркопения, кахексия, синдром «разбитости». В соответствии с этим строится и программа нутриционно-метаболической реабилитации.

В качестве лечебных средств нутриционной поддержки используются специализированные продукты (смеси, растворы) для энтерального питания, метаболические препараты, фармаконутриенты, пре- и пробиотики. Современные продукты для энтерального питания содержат полный комплекс необходимых макро- и микронутриентов, в том числе молочных и растительных белков, омега-3 и омега-6 жирных кислот, витаминов, микроэлементов. В ряд смесей дополнительно включены так называемые фармаконутриенты, в том числе аргинин, глутамин, нуклеотиды.

Из числа метаболических препаратов для медицинской реабилитации используются остео-, хондро- и артропротекторы, L-карнитин, коэнзим Q10 и др. Препараты L-карнитина используются в качестве анаболического и энерготропного средства сохранения и увеличения мышечной массы.

При травмах костей и опорно-двигательного аппарата в настоящее время используются высокоэффективные комплексы остео-, хондро- и артропротекторов, состоящие из пептидов (гидролизатов коллагена), глюкозамина, хондроитина, кальция, витаминов. В частности, применяются такие энтеральные смеси как геладринк форте, геладринк плюс, геладринк артродиет, кальцидринк и др.

Нутриционная поддержка начинается на этапе стационарного лечения и продолжается после выписки больного из стационара, в том числе на амбулаторно-поликлиническом и санаторном этапах реабилитации. Таким образом, нутриционная поддержка играет большую роль в медицинской реабилитации пациентов.

СОДЕРЖАНИЕ

НЕОБХОДИМОСТЬ БИОМЕХАНИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОСТОПИЯ <i>Ачкасов Е.Е., Полукаров Н.В., Жукова Е.В.</i>	3
НОВЫЕ МЕТОДЫ АКВАДИНАМИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОДЕ <i>Барашков Г.Н., Силаев А.С.</i>	5
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТУННЕЛЬНОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ЛОКТЕВОГО НЕРВА <i>Беляев А.Ф., Беломестнов П.В.</i>	6
РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Беляев А.Ф., Карпенко Н.А., Мальчук В.А.</i>	8
РОЛЬ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИ-ГИПЕРОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Бокерия Л.А., Какучая Т.Т., Джитава Т.Г., Куулар А.М., Нартикоева Л.К., Пачуашвили Н.В., Филатова А.Г.</i>	10
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ПРОТОКОЛОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Бокерия Л.А., Какучая Т.Т., Джитава Т.Г., Куулар А.М., Нартикоева Л.К., Пачуашвили Н.В., Филатова А.Г.</i>	11
ОПЫТ МЕДИЦИНСКОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Болванович А.Е., Усанова А.А., Аширова Н.А., Вишняков А.И., Самарин А.В., Ганченкова В.С., Букаев О.Н.</i>	12
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПОДВОДНОГО ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ <i>Бородулина И.В., Бадалов Н.Г.</i>	13
ОБЩИЕ ГИДРОГАЛЬВАНИЧЕСКИЕ ВАННЫ КАК МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА <i>Бородулина И.В., Бадалов Н.Г., Гуца А.О.</i>	14
ПРОБЛЕМА ДОРСОПАТИЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАЛЕ «DAVID BACK CONCEPT» <i>Бурцева С.Ю., Запольская Ю.А.</i>	16
ВЛИЯНИЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТАТИЧЕСКОГО И ДИНАМИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ НА ПОСТУРАЛЬНЫЙ БАЛАНС У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Воловец С.А., Сергеенко Е.Ю., Даринская Л.Ю., Яшинина Ю.А., Волкова О.В., Житарева И.В., Панова Т.И.</i>	18
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАНЯТИЙ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБОЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ <i>Володина К.А., Линчак Р.М., Ачкасов Е.Е., Алаева Е.Н., Курбакова Е.В.</i>	20
ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СНИЖЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Воронцов С.А., Кириченко О.В., Макарова И.Ю.</i>	21
БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ДО И ПОСЛЕ: ПОДГОТОВКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ <i>Горбунова Е.А., Аполихина И.А.</i>	22
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА ПЕРВОМ И ТРЕТЬЕМ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Горянная Н.А., Ишекова Н.И., Попов В.В.</i>	24
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И МЕТОД ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, А ТАКЖЕ ЛЕЧЕБНАЯ	



ФИЗКУЛЬТУРА И КУРТОЛОГИЯ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ СТРАНЫ В ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ ЧЕЛОВЕКА <i>Гращенкова А. Н., Корчажкина Н.Б.</i>	26
ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ <i>Евстафьева Е.В., Бахитов В.В., Подшибякин Г.Е., Тымченко С.Л., Железнова И.О., Залата О.А., Белалов В.В., Губарев Ю.А.</i>	27
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ИНТЕНСИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК И ИХ КОРРЕКЦИЯ <i>Зайко О.А., Асташов В.В., Петрунина М.А., Рыкова М.С.</i>	29
ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВОГО НЕРВА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ <i>Зайко О.А., Якупенко О.В., Белозёрова К.О., Рыкова М.С., Петрунина М.А.</i>	30
ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АСПИРАЦИОННОГО УДАЛЕНИЯ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ <i>Заречнова Н.В., Афанасьева А.В., Хахин В.Б., Колесников В.А., Докукин А.А.</i>	31
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ЕВПАТОРИЙСКОМ КУРОРТЕ <i>Каладзе Н.Н., Ревенко Н.А., Мельцева Е.М., Дусалеева Т.М.</i>	32
ПРИМЕНЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ <i>Капустина Н.В., Смоленский А.В.</i>	33
ИНТЕГРАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Кит О.И., Шихлярова А.И., Передельский С.В.</i>	34
ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ <i>Крадинова Е.А., Назарова Е.В., Кулик Е.И.</i>	36
ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАРТНЕРСТВО В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: СОЦИАЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ ВЫНУЖДЕННАЯ МЕРА? <i>Лидерман Е.М.</i>	37
ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ <i>Макарова И.Ю.</i>	39
МИЛ- И КВЧ-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД <i>Маршева С.И., Поддубная О.А.</i>	40
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С АМПУТАЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Мезенцева Е.А.</i>	42
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Молчановский В.В., Ходарев С.В.</i>	43
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕТОДИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ ПРОФИЛАКТОРИЯ «СТРОИТЕЛЬ» <i>Никифорова Е.В.</i>	45
УНИВЕРСАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Норенко В.В., Комаров Г.А.</i>	47
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСОСКЕЛЕТА «EXOATLET PRO» ПРИ ХОДЬБЕ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ <i>Петрушанская К.А., Письменная Е.В.</i>	48

ЭСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПЛАНТАРНОМ ФАСЦИИТЕ <i>Прядко О.И., Ходарев С.В., Иванов Д.В.</i>	50
ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ <i>Смычек В.Б., Васильченко Н.И., Емельянов Г.А., Святская Е.Ф., Жукова Т.В., Сикорская И.С.</i>	51
ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ИММУННО-ЭНДОКРИННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ <i>Соболева Е.М., Каладзе Н.Н.</i>	52
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА <i>Стешина Т.Э., Самойлов А.С., Колбахова С.Н.</i>	54
ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА <i>Тертышная Е.С., Ходарев С.В., Щекинова А.М.</i>	55
СПОСОБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА <i>Хитров Н.А.</i>	57
КОМПЛЕКСНАЯ, МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ <i>Ходарев С.В., Молчановский В.В.</i>	59
ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМОВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Ходарев С.В., Ходарева Н.К.</i>	61
СОВРЕМЕННЫЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Ходарева Н.К., Кудяев А.Е.</i>	62
РОЛЬ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПРОГРАММАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ <i>Хорошилов И.Е.</i>	63