
РеаСпоМед 2003

МАТЕРИАЛЫ

3-го Российского научного форума
РеаСпоМед 2003

Москва, ЦДХ, 25-28 марта 2003 года

Москва 2003

Материалы 3-го Российского научного форума РеаСпоМед 2003
М., «Авиаиздат», 2003-216 с.

Российская академия медицинских наук
«Мораг-Экспо»

ISBN 5-94943-007-7

©«МОРАГ Экспо», 2003

Т Е З И С Ы

МИОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Аксенова А.М., Сереженко Н.П., Андреева В.В., Аксенова Н.И.

Россия, г.Воронеж, государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко, факультет повышения квалификации и постдипломного профессионального образования, городская детская клиническая больница №1

Актуальность темы обусловлена тем, что в последние десятилетия во многих странах отмечается увеличение количества детей, нуждающихся в специальной медицинской помощи. В России неврологическое обследование детей, родившихся в день осмотра, показало, что у 92,7% выявлено наличие церебральных дисфункций, из них у 46% диагностирована ишемия в вертебробазиллярном бассейне. По литературным данным, в более чем 60% случаев у детей в возрасте от рождения до 19 лет при обследовании отмечалось блокирование шейного отдела позвоночника, что связано с родовой травмой.

С целью оценки эффективности глубокого рефлекторно-мышечного массажа по методике А.М.Аксеновой и растягивания мышц шеи и спины как метода миотерапии детей с перинатальной патологией нервной системы и ее резидуально-органическими последствиями обследована группа из 42 детей в возрасте от 3 месяцев до 11 лет, из них 22 мальчика и 20 девочек. Контрольную группу составили 42 ребенка с аналогичной патологией и возрастно-половым распределением.

В качестве метода объективной оценки состояния кровотока всем детям выполнялось доплеровское исследование кровотока в бассейне позвоночных артерий. Учитывая возрастную неоднородность обследовавшихся групп пациентов, с целью нормирования, проводилась оценка результатов относительно группы здоровых детей, параметры которой принимались за 100%. Изучались следующие показатели: индекс сосудистого сопротивления, средняя скорость кровотока и асимметрия указанных параметров до и после курса массажа.

Методика глубокого рефлекторно-мышечного массажа предусматривает воздействие на мышцы, имеющие выраженную локальную болезненность и находящиеся в состоянии контрактуры. Основным приемом является разминание, на долю которого приходится 80-90% времени, затраченного на всю процедуру массажа. Массировались мышцы шеи по ходу кровеносных сосудов (надключичная область, передняя, боковая и задняя поверхности) и спины. После мас-

сажа производилось пассивное растягивание массируемых мышц шеи и спины (наклоны, повороты, скручивания, сгибание, разгибание) в течение 15-30 секунд на каждое растягивание. Сеанс массажа длился 30 минут, курс состоял из 10-15 процедур. Дети не получали медикаментозную терапию.

Исследования показали, что миотерапия (глубокий мышечный массаж и растягивание мышц) достоверно снижал индекс сосудистого сопротивления на 43,8%, увеличивал среднюю скорость кровотока на 55,2%, выравнял асимметрию на 55,4%.

Таким образом, по данным доплеровского исследования, отмечалась достоверная положительная динамика параметров кровотока при проведении миотерапии детям с перинатальной патологией нервной системы и ее резидуально-органическими последствиями.

ВЛИЯНИЕ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЦНС У БОЛЬНЫХ С АСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Александрова Т.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Исследование выполнено на 45 больных (мужчины в возрасте 20-27 лет) с явными проявлениями астенического синдрома. В группе наблюдения (n=29) стандартная схема лечения была дополнена курсом нормобарической гипокситерапии (НГТ). Больным группы сравнения (n=16) проводилась обычная терапия.

Оценку выраженности астенического синдрома проводили по специальным вопросам, с помощью которых определяли количество жалоб, "глубину астенического состояния" и бальную оценку самочувствия с использованием методики САН. Регистрацию биоэлектрической активности головного мозга осуществляли в условиях нормоксии. По параметрам ЭЭГ оценивали индекс альфаритма, уравновешенность нервных процессов и реактивность ЦНС.

В исходном состоянии между исследуемыми группами достоверных различий субъективных показателей оценки состояния и параметров спонтанной ЭЭГ не выявлено. В результате курса НГТ относительное число жалоб астенического "круга" снизилось с 7.9 1.1 до 2.1 0.4 ствен (p<0.05), уменьшился показатель "глубина астенического состояния" с 5.5 0.4 до 1.2 0.2 отн.ед. (p<0.05), а "общая самооценка состояния" возросла с 3.2 0.9 до 8.1 0.4 ствен (p<0.05). Анализ состояния корковой нейродинамики показал, что к концу курса НГТ индекс альфа-ритма увеличивался, и значимо возрастал показатель "уравношен-

ность нервных процессов". Показатель реактивности ЭЭГ в целом по группе увеличился с 0.65 0.11 до 1.11 0.21 ($p < 0.05$), что отражало состояние "гиперреактивности". Достигнутый уровень параметров субъективного состояния и биоэлектрической активности мозга сохранился через 14 сут после курса НГТ.

В группе сравнения в течение 10 сут субъективные и электрофизиологические проявления астенического синдрома значимо не изменились. Выраженная редукция астенических расстройств и восстановление биоэлектрической активности головного мозга происходило к 25 сут.

Таким образом, в результате курса НГТ больным с астеническими расстройствами выявлены стойкие положительные изменения показателей субъективной оценки состояния и корковой нейродинамики.

НОВОЕ В ФИЗИОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

**Бадьянова И.С., Газдиева Е.М., Иванова Н.М., Куликова Л.И.,
Яшков А.В.**

Самарский Государственный Медицинский Университет, кафедра физиотерапии и курортологии, санаторий г. Тольятти, "Надежда" ОАО "Тольяттиазот"

Хронические обструктивные болезни легких относятся к наиболее распространенным заболеваниям человека. В структуре заболеваемости занимают лидирующие позиции по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и стоят на четвертом месте среди причин смерти.

Применяемая в настоящее время медикаментозная терапия бронхообструктивных заболеваний не всегда эффективна. Разработка немедикаментозных методов лечения в комплексной терапии ХОБЛ продолжает оставаться актуальной.

Проведено наблюдение за применением системы "Хивамат200" (Германия, фирма "ФИЗИОМЕД") с целью снятия спазма дыхательных путей, улучшения отделения мокроты, облегчения дыхания при ХОБЛ. Аппарат "Хивамат-200" разработан в начале 80-х годов немецкими физиотерапевтами Зейделем и Вальнером. Единственным и уникальным фактором процедуры является сагитальные возвратно-поступательные смещения всей толщи подлежащих тканей тела пациента ("глубокая осцилляция тканей" по терминологии немецких авторов). Доказаны антиспастический, противовоспалительный и регенерирующий эффекты воздействий системы "Хивамат 200" при различных заболеваниях, в том числе и ХОБЛ.

Проведено лечение с помощью "Хивамат 200" у 18 пациентов с ХОБЛ. Среди них 6 больных с диагнозом хронический обструктивный бронхит, 12 — с диагнозом бронхиальная астма. Средний возраст пациентов 34 года. До и после курса лечения выполнялись клиничко-инструментальные обследования, которые включали оценку функции внешнего дыхания на аппарате "Спиротест"..Процедуры проводились ежедневно 8 дней по 20 минут при частоте 40-80 Гц и 5 минут при частоте 20-30 Гц.

В результате лечения облегчалось отхождение мокроты, изменение ее характера на слизистый, уменьшался или исчезал кашель, снижалось число и тяжесть приступов удушья. При аускультации исчезало жесткое дыхание, уменьшалось количество сухих хрипов. улучшалось общее состояние : уменьшение недомогания, слабости, потливости, стабилизация состояния нервной системы, нормализация сна. Динамика показателей функции внешнего дыхания: объем форсированного выдоха (ОФВ1) увеличился на 23.3%, показатели максимальных скоростей выдоха ФЖЕЛ: МОС 25 на 43%, МОС 50 на 42.2 %, МОС 75 на 31.2%; ОФВ1/ФЖЕЛ на 12.7%.

Таким образом, включение в комплекс восстановительных мероприятий системы "Хивамат 200" позволяет значительно повысить эффективность лечения больных с хроническими обструктивными болезнями легких.

ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДЕТЕНЗОР ТЕРАПИИ (Германия) И АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПЕРАТОВ (фирмы Neel, Германия) В АМБУЛАТОРНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

**Балакирева О. В.¹, Кинляйн К. Л.², Татков О.В.³,
Марьяновский А. А.⁴**

1 Медицинский центр "МЕДАРТ поликура", г. Москва, Россия

2 Институт Детензорологии, г. Рётенбах, Германия

3 Военный санаторий "Чемитоквадже", г. Сочи, Россия

4 Фирма "Арнебия", (пр-во фирмы Neel), Германия

Метод Детензор-терапии давно зарекомендовал себя как эффективное средство восстановления функционального состояния позвоночника. С 1988 г. успешно применяется более чем в 1000 медицинских учреждений, в т. ч. в ЦПК им. Гагарина. Система "Детензор" производит длительное щадящее вытягиваю-

щее воздействие в условиях полной релаксации при поддержке физиологических изгибов позвоночника. Введение метода в комплекс реабилитационных мероприятий позволяет качественно ликвидировать мышечно-тонические проявления, деблокировать позвоночно-двигательный сегмент, что позволяет сократить сроки реабилитации в 1,5-2,7 раза при лечении вертеброгенного болевого синдрома различной локализации.

Установлено, что сочетанное применение антигомотоксических препаратов (фирмы Neel, Германия) таких как, Цель Т, Траумель С и Лимфомиозот и детензор-терапия ускоряет сроки наступления общего саногенетического эффекта у больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, что отражается в объективных благоприятных изменениях состояния.

Использование комплексных антигомотоксических препаратов в качестве основы медикаментозной коррекции обеспечивает органно-тканевой компонент лечения, реализуемый на уровне костно-мышечных и хрящевых структур позвоночника. К тому же очевиден их вклад в коррекцию общих обменных нарушений в организме, возникающих вследствие различных заболеваний внутренних органов. Детензор-терапия безусловно, перспективна для мягкого физиологического тракционного воздействия на позвоночник, для разгрузки его кинематической системы, нормализации регидратации межпозвонковых дисков, улучшения трофики кожных покровов, придания позвоночнику оптимального функционального положения. До настоящего времени не было исследований, посвященных изучению эффектов от сочетанного применения данных лечебных воздействий.

Целью работы явилось изучение клинической эффективности 21-дневной терапии "Детензор" (18-20 процедур) в сочетании с лечением препаратами (Лимфомиозот, Цель Т, Траумель С).

В исследовании приняли участие 45 пациентов в возрасте 28-62 лет (в среднем 41,6 + 1,3 лет) с остеохондрозом позвоночника в фазе затухающего обострения или ремиссии. В качестве контроля была подобрана группа из 10 человек в возрасте 28-61 лет (в среднем 4,1 + 3,5 лет) с аналогичными заболеваниями и получавшими релаксационную терапию на обычном поролоновом матрасе (40 мин. в день), лечебный массаж, ЛФК, механотерапию.

До и после проведения терапии оценивались:

Общее самочувствие пациентов, жалобы (опрос).

Рост сидя, регистрируемый по стандартному способу.

Стабилографические исследования (ежедневно) при помощи комплекса МБН (Россия).

Полученные результаты показали более высокую эффективность сочетанной терапии по сравнению с обычным амбулаторным лечением. У всех пациентов исследуемой группы отмечалось значительное улучшение самочувствия, за

ключавшееся в исчезновении болей, уменьшение числа болезненных при пальпации паравертебральных точек, устранении чувства утренней скованности в позвоночнике, мышцах спины и шеи, увеличении объема движения в суставах.

К концу лечения у подавляющего большинства пациентов (82%), получавших сочетанную терапию, зарегистрировано достоверно стойкое увеличение роста сидя, которое в среднем составило $0,88 + 0,10$ см. При этом в 29,6% случаев увеличение роста произошло на 0,5 см, в 25% — на 1,0 см, в 13,6% — на 2,0 см. Важно отметить, что в контрольной группе такой динамики со стороны данного объективного показателя не было отмечено ни у одного пациента. Определена высоко достоверная положительная корреляционная взаимосвязь между ростовым показателем сидя и общим числом процедур вытяжения позвоночного столба ($r = 0,647$, $P < 0,01$), что, по нашему мнению, свидетельствовало об эффективном "снятии" патологической перегрузки с определенных позвоночно-двигательных сегментов в ходе проводимой курсовой комплексной терапии.

Стабилографические исследования показали нормализацию поддержания пострурального баланса тела (нормализация положения центра давления) у 44 из 45 пациентов (97,70%). Причем, сроки нормализации положения центра давления совпадают со сроками практически полного регресса болевого синдрома (в среднем 4-8 процедуры детензор-терапии). Подобных выраженных результатов у пациентов контрольной группы отмечено не было. Полный регресс болевого синдрома отмечался лишь у 2 пациентов контрольной группы.

Таким образом, результаты проведенных исследований впервые выявили синергизм в терапевтическом эффекте различных по характеру лечебных воздействий на организм пациентов, страдающих дегенеративно-деструктивными заболеваниями позвоночника. Безусловно, механизм этого явления нуждается в дополнительном изучении. Тем не менее можно предположить, что он является рефлекторно-регуляторным. При этом рефлекторные механизмы, лежащие в основе детензор терапии, во многом способствуют более выраженному проявлению адаптогенных свойств комплексных антигомотоксических препаратов.

ХОЛОДО-ГИПОКСИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ — НОВАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ КОРРЕКЦИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОВЫШЕНИЯ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЧЕЛОВЕКА

**Баранова Т.И., Рыбьякова. Т.В., Рубан А.В., Баскакова Г.Н,
Король С.А**

г. Санкт-Петербург, кафедра общей физиологии, НИИ физиологии им. А.А. Ухтомского Санкт-Петербургского государственного университета, Академия физической культуры им. П.Ф. Лесгафта

На основе многолетних исследований генотипических адаптаций к гипоксии вторичноводных млекопитающих и изучении нырятельной реакции у человека нами разработана технология холодо-гипоксического воздействия (ХГВ), включающая систему диагностики функционального состояния регуляторных систем и устойчивости к гипоксии, а также способ коррекции, реабилитации и повышения устойчивости к гипоксии (патент Росс. №2161476 от 10.01.2001г.). Суть способа заключается в системе тренировок к ХГВ, которые осуществляются путем погружения лица в воду определенной температуры. Комбинированное воздействие гипоксии, гиперкапнии, холода при одновременной активации "нырятельного рефлекса" вызывает цепь реакций: развитие брадикардии, улучшение кровоснабжения мозга и сердца, на биохимическом уровне происходит активация антиоксидантных систем, что в результате долговременной адаптации к перечисленным факторам, ведет к усилению стресс-лимитирующих систем и повышению неспецифической резистентности организма к неблагоприятным факторам среды.

Режим тренировки определяется целью применения способа, зависит от функционального состояния, типа нырятельной реакции, психофизиологического статуса пациента.

Данная технология предназначена для коррекции функционального состояния, снятия нервно-психического напряжения, коррекции сердечного ритма (купирования сердечных аритмий), улучшения сердечного и мозгового кровоснабжения.

Предлагаемая нами технология физиологически адекватна, проста в осуществлении, не требует дорогостоящего оборудования, экономически выгодна, при правильном применении — эффективна, не имеет побочных, вредных влияний, рекомендуется широкому кругу лиц. Способ апробирован в клинике, на людях проходящих реабилитацию после профессионального стресса; а также широко апробирован в спортивной практике. Получены положительные отзывы. В спорте технология ХГВ может быть успешно реализована:

-
- в качестве средства восстановления сердечно-сосудистой системы после интенсивных физических и психо-эмоциональных нагрузок;
 - с целью реабилитации в спортивной медицине, в качестве способа коррекции сердечного ритма, улучшения кровоснабжения мозга и сердца;
 - в целях повышения адаптационных возможностей и устойчивости к гипоксии для начинающих спортсменов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА СПОРТСМЕНОВ-ЛЫЖНИКОВ И НЕ ТРЕНИРОВАННЫХ МУЖЧИН

Белозерова Л.М., Нуретдинова З.Г.

Россия, г. Пермь, Пермская медицинская академия, кафедра спортивной медицины и реабилитологии с курсом геронтологии

Одно из ведущих модельных понятий в спортивной медицине — функциональное состояние. Информативным показателем местных и общих физиологических перестроек функционального состояния и уровня метаболических и гемодинамических процессов в центральной нервной системе является биоэлектрическая активность головного мозга (Фролькис В.В. с соавт., 1991). В процессе занятий спортом происходят изменения структуры и уровня электрогенеза мозга, что в свою очередь ведет к возникновению новых уровней функциональной готовности и активности.

Цель нашего исследования — выявить различия в биоэлектрической активности головного мозга (БАГМ) спортсменов-лыжников и мужчин, не занимающихся спортом.

Регистрацию ЭЭГ производили на компьютерном электроэнцефалографе Medicor 16 с полосой пропускания до 70 Гц и постоянной времени 0,3 сек. Записи выполнялись от 16 электродов, расположенных по системе 10-20 по монополярной схеме с референтными ипсилатеральными ушными электродами. Анализ ЭЭГ проводился с помощью системы картирования Brainlog. Определялись индексы, частоты и амплитуды альфа-, бета-, тета-, дельта- диапазонов. Производился анализ коэффициента асимметрии, который представляет собой отношение разницы величин исследуемого признака правого и левого полушарий к их сумме. Было обследовано 30 человек, в возрастном диапазоне 20-29 лет, из их числа 12 спортсменов-лыжников и 18 не тренированных мужчин.

У спортсменов-лыжников по сравнению с лицами, не занимающимися спортом прослеживался более низкий индекс и частота, более высокая амплитуда

бета- и альфа- ритмов, в тета- и дельта- ритмах достоверно значимых различий не выявлено. При исследовании тренированных и не тренированных мужчин разницы в направленности асимметрии не установлено, в обеих группах бета- и альфа- активность более выражена в правом полушарии, а тета- и дельта- активность в левом.

Выводы: 1. занятия лыжным спортом изменяют характеристики биоэлектрической активности головного мозга; 2. у спортсменов-лыжников по сравнению с лицами, не занимающимися спортом, особенности БАГМ выявляются только в отношении основных ритмов, а в медленных диапазонах и асимметрии различий не обнаружено; 3. разница в БАГМ является отражением различных функциональных состояний (в основном функциональной готовности), что демонстрирует глубинные функциональные перестройки в центральной нервной системе при больших физических нагрузках, применяемых в лыжном спорте.

ДИНАМИКА УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СПОРТСМЕНОВ-ЛЫЖНИКОВ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ГОДОВОГО ТРЕНИРОВОЧНОГО ЦИКЛА

Белозёрова Л.М., Сиротин А.Б.

Россия, г. Пермь, Пермская медицинская академия, кафедра спортивной медицины и реабилитологии с курсом и геронтологии

В спортивной медицине вопросам изучения умственной работоспособности (УР) было посвящено достаточно большое количество работ, однако авторы судили о ней, как правило, по какому-либо отдельно взятому критерию. Чаще всего исследователи применяли корректурный тест В.А. Анфимова, который позволяет оценить особенности психической продуктивности испытуемых. Кроме того, практически не освещён в специальной литературе вопрос влияния возраста на УР спортсменов.

Цель работы. Исследование изменения УР спортсменов под влиянием возраста и в различные периоды годового тренировочного цикла.

Материалы и методы. Нами было обследовано 53 спортсмена-лыжника в возрасте от 20 до 59 лет в переходном и соревновательном периоде годового тренировочного цикла. Определяли различные характеристики УР и интегральный показатель — общую умственную работоспособность (ОУР) по методике Л.М. Белозёровой(1993).

Результаты и обсуждение. Анализ ОУР, который охватывает такие её стороны, как кратковременная память, психическая продуктивность, мышление и внима-

ние, выявил постепенное достоверное её снижение с возрастом. Наши результаты подтверждают данные многочисленных исследований, в которых установлено ухудшение с возрастом различных сторон УР, что связано со структурными и функциональными изменениями мозга, приводящим к сдвигам физиологических механизмов функциональной активности психической деятельности. Это отражает снижение уровня адаптации нервной системы.

По мере нарастания спортивной формы мы определили существенное улучшение как количественных, так и качественных сторон УР, причём эти изменения коснулись представителей всех возрастных групп, в том числе и наиболее старших спортсменов, что, на наш взгляд, в первую очередь связано с улучшением кровоснабжения головного мозга, создающего благоприятные условия для максимального извлечения кислорода и других субстратов из крови в вещество мозга.

Выводы.

1. С возрастом, как у нетренированных мужчин, так и спортсменов происходит снижение общей умственной работоспособности как результат ухудшения адаптационных способностей нервной системы.

2. В динамике от переходного к соревновательному периоду годового тренировочного цикла отмечается нарастание общей умственной работоспособности вследствие оптимизации мозгового кровообращения.

АППАРАТНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ

Белозерова Л.М., Клестов В.В.

Россия, г. Пермь, Пермская медицинская академия, кафедра спортивной медицины и реабилитологии с курсом геронтологии

Одним из наиболее частых отклонений в состоянии здоровья детей является нарушение осанки. По результатам наших исследований нарушение осанки имеют до 80% детей.

Коррекция нарушений осанки и контроль за ее результатами являются одной из актуальных проблем детского и подросткового возраста.

Цель работы — сравнение различных методик коррекции нарушений осанки.

Дети в возрасте 11-13 лет с нарушениями осанки, всего 68 человек, были разделены на четыре группы: первая группа получила курс функционального биоуправления (ФБУ) 20 процедур ежедневно, вторая — биомеханотерапии (БМТ) по 20 раз, третья — чередование через день функционального биоуправления и биомеханотерапии (ФБУ/БМТ) по 10 процедур, четвертая — курс кор-

ригирующей гимнастики (КГ) 20 занятий. Состояние опорно-двигательного аппарата до и после лечения контролировалось методом оптической компьютерной топографии по 7 показателям: величина шейного и поясничного лордозов, бокового искривления позвоночника, перекося плечевого пояса и таза, ротация плечевого пояса и таза. Нами разработана программа по определению биологического возраста у детей и подростков по показателям асимметрии скелета, которая может использоваться для оценки эффективности лечения.

Результаты. Шейный лордоз — достоверно значимых изменений не выявлено, имеется тенденция к его уменьшению после курса БМТ и ФБУ/БМТ. Поясничный лордоз — достоверно не изменялся, выявлена тенденция к его уменьшению в группе получавшей ФБУ. Искривление позвоночника — с достоверной степенью уменьшался во всех 4-х группах. Перекося плеч — достоверно уменьшился в группах получивших курс ФБУ, БМТ, КГ. Перекося таза — достоверное уменьшение выявлено в группе получившей курс КГ, тенденция к уменьшению обнаружена после курса ФБУ. Ротация плечевого пояса и таза — достоверно значимых изменений не выявлено во всех 4-х группах. Биологический возраст по показателям асимметрии скелета с достоверно значимой степенью не изменялся.

По эффективности воздействия на осанку методики распределились в следующем порядке: корригирующая гимнастика, биомеханотерапия, функциональное биоуправление и чередование функционального биоуправления с биомеханотерапией.

Выводы: Методики биомеханотерапии, функционального биоуправления и их чередование могут использоваться для коррекции нарушений осанки у детей в комплексе с корригирующей гимнастикой.

Методы компьютерной оптической топографии и определение биологического возраста по показателям асимметрии скелета являются тонкими и объективными инструментами контроля эффективности реабилитации при нарушениях осанки.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ МОТОРИКИ РУК У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Бердичевская Е.М., Зайцева Н.В., Породенко О.Н.

г. Краснодар, Кубанская государственная академия физической культуры

Актуальность исследования "пальчиковой гимнастики", как средства стимуляции возрастного развития внутри- и межполушарных связей в системе центрального управления моторикой пальцев рук, определяется необходимостью

оптимальной подготовки детей дошкольного возраста к обучению в школе. Работа посвящена оценке влияния целенаправленного развития мелкой моторики рук на двигательные функции и психофизиологические характеристики больных правосторонней гемипаретической формой детского церебрального паралича (ДЦП) в возрасте 5-7 лет. Дети отличались левосторонним функциональным доминированием в зрении, слухе, моторике рук и ног. В дополнение к стандартному комплексному лечению в условиях Краснодарского краевого специализированного психоневрологического санатория "Солнышко" использовали оригинальный авторский комплекс "пальчиковой гимнастики", включающий упражнения на координацию, отведение и противопоставление пальцев. Регистрировали параметры сложнокоординационных бимануальных тестов с экстензией, супинацией-пронацией кистей, "ручной ловкостью"; синкинезии пальцев рук; конструктивный праксис и умственную работоспособность. Проводили стандартную компьютерную статистическую обработку.

Для больных ДЦП был характерен выраженный дисбаланс внутри- и межполушарных взаимодействий в избирательном управлении пальцами рук. 25 сеансов применения комплекса "пальчиковой гимнастики" способствовали активизации дефектного левого полушария, уменьшая степень предпочтения левой руки и ноги; интенсифицировали положительную динамику показателей двигательного мануального развития, особенно в сложнокоординационных бимануальных тестах, конструктивного праксиса и умственной работоспособности ($p < 0,05$). Наибольшая эффективность упражнений проявлялась в снижении количества и изменении характера синкинезий.

Видимо, целенаправленные упражнения на развитие мелкой моторики пальцев обеих рук в сенситивный возрастной период оказывают кинестетическую стимуляцию компенсаторных процессов в гемисферах на уровне контра- и ипсилатерального представительства двигательных функций. Последняя способствует нормализации перцепции, приводящей к улучшению регуляции двигательных актов и формированию более адекватной "схемы тела" и пространственного восприятия, а также развитию оптимальных внутри- и межполушарных связей. Результатом является увеличение резервов произвольного управления пальцами рук, которые создают базу для дальнейшего освоения различных сложнокоординационных мануальных навыков, в том числе письма и рисования.

РЕЗЕРВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЛОКОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ У СПОРТСМЕНОВ

Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р., Зенько А.Г., Ветров Д.В.

*Российская Федерация, г.Москва, Российский университет Дружбы народов,
кафедра клинической реабилитации*

В современных условиях подготовка спортсмена международного класса без опоры на достижения спортивной медицины в теории и практике тренировочного процесса абсолютно немислима. Эта подготовка ведется специализированно, начиная с раннего детства, и техническое оснащение ее неуклонно возрастает.

Сегодня действующему высококлассному спортсмену уделяется повышенное внимание: это и индивидуальный подбор пищевого рациона, увеличение силовых тренировочных нагрузок, компьютерный подбор ритма и интенсивности тренировок, кислородные барокамеры и многое другое. Затраты на подготовку такого спортсмена возросли неизмеримо. Однако, несмотря на это, реальный прогресс результатов за последние годы в таком виде спорта как легкая атлетика весьма невелик и малоадекватен временным и материальным затратам. Складывается впечатление, что резервы человеческого организма в беге, прыжках и других видах, в которых особенность совершенства именно индивидуальной техники играют относительно меньшую роль, близки к физиологическому лимиту. Это не совсем так. В современной спортивной медицине мало исследована роль пространственных асимметрий. Поэтому основные и актуально не востребуемые резервы лежат прежде всего в понимании механизмов воздействия пространственных асимметрий как патогенных факторов и поиске методов их компенсации и коррекции. Наш метод оптимизации включает следующие компоненты: I) биомеханический — создание оптимальных биомеханических условий для реализации межмышечного взаимодействия, в том числе и на уровне отдельной мышцы (увеличение рабочей амплитуды, пиковой мощности, средней мощности, снижение утомляемости); II) воздействие на внутреннюю структуру мышцы (увеличение количества функционально активных волокон, снижение метаболической амортизации); III) нейродинамический — минимизация рассогласования в межмышечной координации и синхронизация сократительной активности непосредственно в мышце. Пиковый объем энергозатрат организма в каждый данный момент ограничен, поэтому резервы эффективности необходимо искать в их оптимальном перераспределении, т.е. достижения максимума КПД. Мы перечислили только наиболее значимые резервы повышения моторной функции опорно-двигательного аппарата при анализе пространственных асимметрий. Индивидуальное исследование конкретного спортсмена позволяет выделить приоритетность их влияния на

результаты и последовательность терапевтических воздействий, направленных на коррекцию асимметрий опорно-двигательного аппарата. Первичная диагностика проводится по материалам видеозаписи. Ее детализация обеспечивается методами тактильно-кинестетической диагностики, составляющей предмет ноу-хау кафедры.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р.

Российская Федерация, г.Москва, Российский университет дружбы народов, кафедра клинической реабилитации

В настоящее время основной областью применения мануальной терапии (МТ) является вертеброневрология. В первую очередь МТ рассматривается как метод лечения болевого синдрома при дегенеративно-дистрофических изменениях в вертебральных структурах. Такая специализация привела к определенному сужению сферы применения МТ и недооценке ее возможностей. На наш взгляд методы ручного воздействия, к которым относится и МТ, являются универсальным инструментарием реабилитации. Наш опыт применения и дальнейшего развития данных методов в практике реабилитации подтверждает их высокую разрешающую способность и эффективность при заболеваниях, ведущих к деформациям и функциональной несостоятельности опорно-двигательного аппарата: ДЦП, последствия инсультов и спинальных травм, нейрогенные расстройства мышечного тонуса, сколиозы с углом искривления до 35-400 по Коббу, вывихи и подвывихи бедра различного генеза и т.д. Известно, что основные трудности в лечении последствий указанных патологий связаны с наличием таких патологических феноменов, как контрактуры, нарушения межмышечной синхронизации, мышечная дистония и дистрофия. Для медикаментозных, физиотерапевтических, хирургических методов эти проблемы трудно разрешаемы. Разработанные нами новые миотехнологии позволяют восстанавливать конгруэнтность суставных поверхностей, качество капсульно-связочного аппарата, амплитуды движений по физиологическим осям суставов; структуру, силовые и длинностные характеристики как спастичных, так и паретичных мышц при любой исходной выраженности контрактур; постуральный и кинетический мышечный баланс и т.д. Решение подобных частных задач в рамках реабилитационных программ позволяет последовательно, от процедуры к процедуре, от этапа к этапу, совершенствовать антигравитационную адаптацию пациента — основу реализации локальных и генерализованных двигательных стереотипов и, соответственно, социальной дееспособности.

НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ У СПОРТСМЕНОВ

Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р., Зенько А.Г., Ветров Д.В.
*Российская Федерация, г.Москва, Российский университет Дружбы народов,
кафедра клинической реабилитации*

Наличие асимметрий опорно-двигательного аппарата (ОДА) оказывает негативное влияние на функционирование механизмов координации и синхронизации человека. Как известно, синхронизация двигательного ответа обеспечивается механизмом реципрокной иннервации, зеркально отображающим состояние удлинения и сокращения мышц. Очевидно, что оптимальный вариант двигательной координации может быть обеспечен только при условии максимальной симметрии ОДА. Нейродинамический аспект достижения этой цели заключается в минимизации рассогласования межмышечной координации и синхронизация сократительной активности в мышце. Существует распространенное заблуждение, что определенные асимметрии не только не снижают результат, но даже являются неизбежной и полезной частью специфического для данного вида спорта стереотипа. Однако недостаточность амплитуды антагониста через механизмы реципрокной иннервации неизбежно приводит к ослаблению ожидаемого функционального ответа. Такой спортсмен становится чемпионом не благодаря, а вопреки имеющимся асимметриям, устранение которых даст немедленный рост результатов. Значительную роль в реальности отображения ситуации играет положение головы в пространстве. Наличие асимметрий на уровне шейного отдела позвоночника неизбежно вносит элемент дискоординации, что требует восстановления равновесия трапециевидных, грудинно-ключично-сосцевидных мышц и мышц окципито-атланта-дентального сочленения.

Наличие участков миофиброза и связанных с ними триггерных зон вносит рассогласование в координацию между зрительным, вестибулярным и проприоцептивным потоками. В результате страдает двигательная координация. Поэтому неожиданные ошибки высококлассных спортсменов в доведенном до автоматизма стереотипе могут в значительной мере объясняться таким образом. Но и применительно к тем видам спорта, которые не требуют точной оценки пространства, наличие ложного информационного потока приводит к искажению реальной оценки ситуации, требуя дополнительных неэффективных энергозатрат. Для обеспечения максимальной скорости на старте необходима достаточная исходная сенсбилизация мышц. Однако из-за "сшибок адаптации" в нервной системе, весьма велик риск "перегореть", тогда симпатический сброс происходит, не успев перейти в энергию движения, приводя к слабости.

Таким образом, наличие асимметрий ОДА оказывает угнетающее влияние и на общесоматическое состояние, делая актуальным поиск новых методов восстановления и оптимизации функциональных резервов спортсмена.

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ

Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р.

Российская Федерация, г. Москва, Российский университет дружбы народов, кафедра клинической реабилитации

Реабилитация (медицинская реабилитология) как самостоятельная область здравоохранения до настоящего времени не смогла решить ключевого для любой дисциплины вопроса самоидентификации. Все известные трактовки этого понятия вводят специфичность реабилитации через ее социальный аспект, комплексность, сочетание с педагогическими и трудовыми мероприятиями, т.е. через ее немедицинскую часть. При этом подавляющее большинство авторов преподносит социальный раздел как прогресс, как расширение возможностей реабилитации, противопоставляя этот подход "ограниченности" медицинской реабилитации (МР). В современной литературе под медицинской реабилитацией понимается совокупность известных в медицине методов восстановительного лечения (МВЛ): ЛФК, электролечения, кинезиотерапии, массажа и др. Одновременно с такой трактовкой выдвигается тезис об ограниченности ее возможностей, что предполагает необходимость осуществления в дальнейшем социальных мероприятий. Факт ограниченности такой "медицинской реабилитации" абсолютно очевиден и из него следуют две, совершенно различные, стратегии выбора. Первая — принять как данность существующий уровень МР, т.е. возможностей МВЛ в клинической медицине, и дополнять его социальными мероприятиями. Это традиционный подход, уже реализованный на Западе, а сегодня внедряемый в России. Вторая — включить социальную постановку задачи в этапы МР, поставив вопрос следующим образом: "Какие медицинские задачи должны быть решены для восстановления определенного параметра социальной дееспособности?", и представить восстановление той или иной социально значимой двигательной функции в виде алгоритма изменений, которые должны быть индуцированы в организме пациента. Только такой подход, на наш взгляд, является действительно реабилитационным, так как в этом случае приоритеты в выборе метода и региона воздействия будут стратегически мотивированными. Сведение понятия медицинской реабилитации только к инстру-

ментария является неоправданным упрощением. Одни и те же инструменты (методы ЛФК, кинезиотерапии, массажа) в зависимости от постановки задач могут применяться совершенно по-разному и давать противоположный результат. Содержание медицинской реабилитации при первой и второй стратегиях будет различным. Реабилитационные диагноз и тактика принципиально отличны от клинических. Эти отличия должны быть четко определены в теории реабилитации.

Мы считаем, что поднятые проблемы имеют фундаментальный характер для создания полноценного теоретического базиса реабилитации и без их решения прогресс в эффективности реабилитации недостижим.

НОВЫЕ МИОТЕХНОЛОГИИ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р.

Российская Федерация, г. Москва, Российский университет Дружбы народов, кафедра клинической реабилитации

Одним из основных направлений развития современной мануальной терапии является совершенствование способов воздействия на мышцы. В сложившейся терминологии их называют "мышечные техники", нам же представляется более точной дефиниция "миотехнологии". Нами разработаны и используются в практике реабилитации две принципиально новые миотехнологии: 1) метод манипуляционных резонансно-волновых воздействий (МРВВ), объектом которого являются отдельные мышечные волокна, группы волокон, отдельные мышцы; 2) метод императивной пластической мобилизации (ИПМ), применяемый к отдельным мышцам и функционально (локомоторно) объединенным мышечным цепям. Императивность воздействия означает, что все рабочие параметры (вектор движения, последовательность включения мышечных групп, режим работы мышц, амплитуды, частота, сила мышечного сопротивления и т.д.) принудительно задаются путем создания внешних механических условий. ИПМ — в большей степени метод органного уровня и реализуется при эксцентрических режимах работы мышц, позволяя добиться синхронизации межмышечного взаимодействия на уровне мышечных групп и спиралей. Как МРВВ так и ИПМ — миотехнологии позволяющие в первую очередь реорганизовать строю. МРВВ — в большей степени метод тканевого уровня, применяется на начальном этапе реабилитации как первичный метод, позволяющий восстанавливать нормальные морфофункциональные свойства мышечной ткани. В основе

МРВВ лежат резонансно-волновые эффекты. Техника осуществления данного метода такова: врач строго направленным дозированным и сверхбыстрым толчковым движением генерирует в точке контакта импульс с определенными частотными характеристиками. Распространение индуцированной гидравлической волны в жидких средах мягких тканей при соответствующих частотных характеристиках создает эффект удара. Тем самым удается локально и дозированно произвести деструкцию ткани, претерпевшей морфофункциональные изменения, к примеру, устранить межфасциальные или периостальные спайки, разволокнить фиброзированный участок мышцы, создавая тем самым предпосылки для ее дальнейшего восстановления. Необходимо отметить, что только совокупное применение вышеозначенных миотехнологий позволяет восстанавливать структурное качество мышц. Как показала наша практика, эти методы позволяют значительно повысить эффективность подготовки спортсменов различного профиля и лечения спортивных травм.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Бодрова Р.А., Салихова А.И., Шакирова А.З., Валеева И.Х., Мухина Р.Г., Юнусова Э.Л., Мухаметшина Э.И.

Республика Татарстан, г. Казань, медицинский университет, кафедра госпитальной терапии;

Городской ревматологический центр; Отделенческая больница; ЦНИЛ КГМУ.

Одними из основных методов восстановительного лечения системной склеродермии (ССД) являются физические факторы (Klyscz T., Rassner G. et al., 1999; Гусева Н.Г., 2000), эффективность которых, повышается при введении дефибрирующих, иммунокорректирующих и улучшающих микрогемодиализацию лекарственных средств.

Целью исследования изучение эффективности электрофореза ксимедона и лечебной гимнастики у больных ССД. Под наблюдением находилось 44 больных ССД с подострым и хроническим течением, I и II стадии, 1 и 2 степени активности, в возрасте от 22 до 67 лет (43,5±2,1), с давностью заболевания от 1,3 до 16 лет (7,4±1,5). Больные на фоне базисной терапии были подразделены на три группы, сопоставимые по возрасту и полу, клиническим проявлениям: I — 16 больных принимали лечебную гимнастику; II — 10 больных, испытания которым, проводили 5% р-ром ксимедона методом электрофореза в дизайне двойного слепого

плацебо — контролируемого исследования; III — 18 больных, которым назначали 5% раствор ксимедона методом электрофореза на очаги поражения и лечебную гимнастику в сочетании со специальной корригирующей гимнастикой.

После проведенной терапии у больных I группы по клинико-лабораторным показателям достоверных результатов не выявлено ($P>0,1$); продолжить терапию изъявили желание 5 (31%) пациентов. Во II группе отмечалась тенденция к снижению клинико-лабораторных показателей активности ($P<0,1$); продолжить терапию изъявили желание 4 (40%) пациента. У больных III группы отмечалась тенденция к снижению клинико-лабораторных показателей активности ($P<0,1$); повышение интенсивности инфракрасного излучения в области в области фаланг до $27,5 \pm 1,4^\circ\text{C}$ ($P<0,05$); уменьшение уплотнений, размеров очагов на 9,8 % ($P<0,05$); увеличение объема движений в суставах; тенденция к нормализации суточной экскреции оксипролина с мочой ($P<0,5$); при морфометрическом анализе биоптатов кожи — тенденция к нормализации толщины эпидермиса и числа сосудов в дерме ($P<0,5$); продолжить терапию изъявили желание 11 (62%) пациентов.

Следовательно, применение физических методов лечения у больных ССД приводит к улучшению состояния, уменьшению индурации кожи, повышению эффективности комплексной терапии.

РАННЯЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ВЕГЕТАТИВНОМ СОСТОЯНИИ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Бойко С.Ю.

г. Москва, НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко

В связи с развитием нейрохирургических методов и реанимационных технологий, сохраняющих жизнь ранее обреченным больным, число пациентов с грубыми функциональными нарушениями мозга неуклонно растет.

Резко возросло количество пациентов с определенной автономностью жизненно важных функций и полным отсутствием контакта с внешним миром (так называемый вегетативный статус и близкие к нему состояния). Проблема повышения уровня сознания усилиями реабилитационной команды становится все более актуальной.

Принятый в медицинской реабилитации стереотип — работа с больным только на стадии выполнения инструкций — давно подвергается сомнению. Два десятилетия назад В.Л.Найдин ввел понятие ранней нейрореабилитации ней-

рохиургических больных, указывая на необходимость восстановительных мероприятий уже в реанимационном отделении. Данная работа развивает основные положения ранней реабилитации.

Реабилитационные вмешательства при вегетативном состоянии используют все сенсорные каналы и, при правильном выборе и дозировке сигналов-стимулов, активизируют восприятие пациента и побуждают к попыткам установления контакта со своим телом, а затем с окружающим миром. Предполагается, что пациенту, находящемуся в условиях сенсорной депривации, наиболее доступна кинестетическая информация. Следовательно, при работе с вегетативными состояниями первоочередной задачей ЛФК является не столько восстановление двигательных функций, сколько стимуляция сознания больного.

Предпочтительно использовать в кинезотерапевтических занятиях следующие приемы и техники:

Пассивные движения в суставах. Через прикосновение, надавливание, растягивание, сжатие костно-мышечных элементов происходит активная стимуляция тактильной, проприоцептивной и болевой чувствительности. В результате таких действий очень часто пациенты начинают "просыпаться", расширяются способы их реагирования на повторяющиеся воздействия.

Повороты пациента в постели. Поставляют разнообразную информацию о положении тела, а также создают условия, при которых пациенты могут активно участвовать в движении. Если при этом методист вербально и невербально подтверждает "самостоятельность" пациента, повороты на плоскости структурируют для пациента его кинестетические ощущения и образ тела, а также побуждают его к активным действиям.

Вертикализация больного. Положение стоя является мощным источником проприоцептивной информации, активизирующим многие отделы головного мозга. В вертикальном положении больной открывает глаза, начинает переводить взор, возможно, рассматривать находящихся вокруг него людей и предметы.

Важным вкладом в "пробуждение" больного является его подготовка к сидению, а затем и само сидение в инвалидном кресле или на стуле. Находящийся в инвалидном кресле больной более мобилен, расширяется доступность визуальной и звуковой среды, возможности и варианты реагирования. Постепенно осуществляется принцип: "Больной не должен жить в кровати, он должен там только спать".

Сначала пассивные движения в суставах при проприоцептивной поддержке больного постепенно переходят ко все более самостоятельным движениям самого больного. Как правило, через некоторое время, пациент активно помогает и совершает действия вместе с кинезотерапевтом. Появляются самостоятельные активные движения пациента, расширяющие его взаимодействия с окружающей средой.

При использовании данных принципов контакт с миром будет постепенно развиваться от структурирования образа собственного тела к появлению способности управлять объектами окружающего мира.

ИММУНОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ПЕРЕТРЕНИРОВАННОСТИ У СПОРТСМЕНОВ

Бровкина И.Л.

Россия, г. Курск, государственный медицинский университет

Изучены иммунометаболические параметры спортсменов-лыжников без признаков перетренированности (СБПП — 42 человека) и имевших признаки перетренированности (СИПП — 26 человек). Лица контрольной группы (ЛКГ — 30 человек) не занимались спортом. В крови обследованных спортсменов и лиц контрольной группы определяли содержание β -каротина, ретинола и α -токоферола, концентрацию липопротеинов низкой плотности (ЛНП), диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), гликозаминогликанов (ГАГ), активность альфа-1-антипротеаз (ААП), альфа-2-макроглобулина (АМГ), лизоцима и общую протеолитическую активность (ОПА). Для коррекции иммунометаболических изменений, вызываемых физической нагрузкой и охлаждением, применяли менадион, эссенциале и рибоксин. В крови СБПП содержание β -каротина существенно не отличалось от ЛКГ, а содержание ретинола и α -токоферола было снижено по сравнению с ЛКГ. После 10-суточного применения комплекса реабилитационных средств (КРС) концентрация витаминов восстановилась до уровня ЛКГ. В сыворотке крови СБПП концентрация ЛНП и МДА, активность ААП и АМГ были такими же, как у ЛКГ, а содержание ДК и ГАГ — выше уровня контроля. Применение КРС приводило к нормализации концентрации ДК и ГАГ и не влияло на величины других определявшихся показателей. ОПА у СБПП не отличалось от контроля, а активность лизоцима была существенно сниженной. КРС не влиял на ОПА и увеличивал показатели активности лизоцима до величин, превышающих уровень, имевший место у ЛКГ. Величины показателей, характеризующих функционально-метаболическую активность (ФМА) полиморфноядерных лейкоцитов (ПЯЛ) крови СБПП, были ниже, чем в контроле. После применения КРС показатели ФМА ПЯЛ крови СБПП становились выше, чем в контроле. В крови СИПП выявлено снижение содержания β -каротина, ретинола и α -токоферола. После применения КРС их содержание в крови СИПП существенно не изменилось. Введение эссенциале с менадионом или менадио-

на с рибоксином нормализовало, а введение эссенциале с рибоксином увеличивало концентрацию β -каротина, ретинола и α -токоферола. Активность лизоцима в крови СИПП была существенно снижена, а ОПА не отличалась от контроля. КРС не влиял на содержание в крови СИПП ЛНП, ДК, МДА, ГАГ, ААП и АМГ, а введение эссенциале с менадионом снижало их содержание и повышало активность лизоцима. У СИПП все показатели ФМА ПЯЛ крови были существенно ниже, чем у ЛКГ и СБПП. КРС не влиял, а введение эссенциале с менадионом уменьшало выраженность сдвигов этих показателей. Введение СИПП эссенциале или менадиона с рибоксином нормализовало содержание в крови соединений, обладающих иммуносупрессорными свойствами, увеличивало активность лизоцима, а также нормализовало показатели ФМА ПЯЛ крови СИПП. Таким образом, эффективная коррекция иммунометаболического статуса лиц, выполнявших неадекватные физические нагрузки, достигается сочетанным введением антиоксидантных и энергизирующих препаратов.

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ "ДИНАМИКА" ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Быстрова Н.С., Мухарлямов Ф.Ю., Лядов К.В., Шалыгин Л.Д.
г. Москва, Национальный медико-хирургический центр Минздрава России

Согласно современному биоритмологическому подходу процессы, протекающие в различных органах и системах организма человека, не являются детерминированными. Тем не менее некоторый набор динамических параметров таких процессов повторяется в определенной последовательности в различных временных интервалах и представляет собой устойчивый набор динамических параметров — динамическую организационную структуру. Динамические параметры сердца и мозга самым тесным образом связаны с состоянием сердечно-сосудистой системы и процессом кровообращения в организме человека и, следовательно, с состояниями всех других органов и систем. Таким образом, динамические параметры одного из самых доступных для исследования биоэлектрических сигналов (электрокардиосигнала), или его модифицированного представления в виде ритмограмм сердечной деятельности содержат всю информацию о состоянии различных органов и систем организма человека. Вся эта информация заложена в ритмической активности сердца и мозга и может быть использована для оценки показателей веге-

тативного гомеостаза регуляторных механизмов — одного из важнейших параметров, характеризующих функциональное состояние организма. Система "Динамика-100" основана на анализе расстояния RR, внутренних параметров комплекса PQRS, взаимоотношений электрических потенциалов сердца, характеризующихся особенностями зубцов комплекса. Эта система применялась для оценки эффективности реабилитационного лечения у 34 пациентов в возрасте 29-62 лет, страдавших артериальной гипертонией, из них у 26 диагностирована гипертоническая болезнь 2 ст., у 8 пациентов — вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу. Исследование проводилось перед курсом реабилитационного лечения и по окончании программы восстановительного лечения, как правило, после 10-го дня процедур. Программа восстановительного лечения включала в себя суховоздушные углекислые ванны, лазеротерапию (внутривенную или наружную), биоэлектромагнитно-энергорегулирующую терапию (БЕМЕР), массаж шейно-воротниковой зоны, физическую реабилитацию. После курса медицинской реабилитации по данным компьютерной диагностики "Динамика-100" отмечалось достоверное улучшение показателей регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы, уровня адаптации организма, сбалансированности вегетативной нервной системы, что свидетельствовало об эффективности проведенного лечения. Индекс вегетативного равновесия вернулся в пределы нормальных значений у 78%, вегетативный показатель ритма нормализовался у 82% больных, показатель адекватности процессов регуляции — у 87%. Параллельно у 97% больных нормализовались показатели механизмов центральной регуляции и психоэмоционального состояния. Данные результаты имели высокую корреляцию с традиционными лабораторно-инструментальными методами исследования, применяемыми в клинической практике (78-90%). Таким образом, компьютерная система "Динамика-100" может применяться с высокой степенью достоверности для оценки эффективности реабилитационного лечения и подбора адекватных лечебных программ с учетом функционального состояния центральной и периферической регуляции органов и систем при артериальной гипертонии. Этот вид новой технологии неинвазивного мониторинга показывает высокую эффективность комплексного применения различных физических лечебных факторов в медицинской реабилитации больных артериальной гипертонией.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРАСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Валиева А.Г., Каримова З.Ф., Шахмаматов Р.А., Меженина Н.В.

г. Уфа, Республика Башкортостан, Башкирский государственный медицинский университет, муниципальная клиническая больница №5

Одним из ведущих признаков начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга является церебрастенический синдром. Он характеризуется непереносимостью больших физических и психических нагрузок у пациента, повышенной утомляемостью, истощаемостью внимания, эмоциональной неустойчивостью. Церебрастенический синдром сопровождается нарушением вегетативной регуляции, головными болями, головокружениями, возникновением различных невротоподобных расстройств.

Целью настоящей работы явилось определение терапевтической эффективности применения лазеропунктуры при церебрастеническом синдроме.

Под наблюдением находилось 120 больных в возрасте от 40 до 60 лет (76 мужчин и 44 женщины). Этиологическими факторами были гипертоническая болезнь (65), атеросклероз (55). В зависимости от методики лечения выделены 2 группы. Первую группу составили 85 больных, которые в комплексе с медикаментозной терапией получили лазеропунктуру. Во вторую вошли 35 больных, у которых медикаментозная терапия сочеталась с физиотерапией. Эффективность лечения оценивали по динамике клинической картины, результатам исследования мозгового кровообращения (РЭГ) и психологического тестирования.

При выборе точек акупунктуры (ТА) использовался принцип сегментарно-рефлекторной взаимосвязи зон кожной иннервации в области головы, шеи анатомо-топографическим расположением церебральных сосудов. Облучение точек (на сеанс — 7-9 точек) проводилось гелий-неоновым лазером ЛГ-75 через волоконный световод. Время воздействия на каждую точку от 30 до 60 сек., мощность излучения на ТА головы 2 мВт, туловища — 5 мВт. Сеансы проводились ежедневно, курс составлял 15 процедур.

Результаты исследования показали значительное улучшение мозговой гемодинамики у больных первой группы по сравнению с контрольной. Это проявлялось статистически достоверным увеличением амплитуды РЭГ, уменьшением $@$ и $@/T$ коэффициента. Параллельно улучшению церебрального кровообращения наблюдался регресс субъективных неврологических симптомов, снижалось повышенное артериальное давление. Психологическое обследование выявило увеличение объема внимания, психической работоспособности и улучшения мнестической функции.

Таким образом, лазеропунктура в комплексе с медикаментозным лечением является эффективным и безопасным средством лечения церебрастенического синдрома.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ, ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ С НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Вахрушева Л..А.

Россия, г. Новосибирск, научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

Формирование растущего организма ребенка соответствует периоду образовательной деятельности. Многолетние разработки авторов в области вертебральной патологии (Н.Г. Фомичев с соавт., 1994-2002) показывают, что это одна из самых распространенных и дорогостоящих проблем современного здравоохранения. Она актуальна с медико-биологических, педагогических, социальных позиций и требует новых организационных, методических подходов к диагностике, прогнозированию, профилактике, коррекции и реабилитации. Осанка — интегральный показатель уровня здоровья детей "формирующего" возраста. Учитывая распространенность ее нарушений и деформаций позвоночника, особенности региона Алтайского края, его образовательных учреждений, мы в исследовании использовали методологическую концепцию реабилитации школьников (Л.А. Вахрушева, 1996-2002). В ее основу положен комплексный дифференцированный системный подход к индивидуальному уровню здоровья, повышению его потенциала, где оценка эффективности оздоровления, профилактики, лечения, реабилитации строится не на измерении анатомической конфигурации позвоночника, а на учете уровня развития и здоровья, его динамическо-функциональных способностях, определяющихся его подвижностью и развитием мускулатуры, выработке навыков гармоничной осанки, "системе режима движений".

Внедрение практику современных информационных технологий оптико-электронной топографической системы ТОДП (Новосибирским НИИТО) и стабилотопографии позволило разработать организационную модель (ДОУ-ШКОЛА-ВУЗ), комплексную систему и дифференцированный подход к прогнозированию, экспресс-диагностике, скринингу, мониторингу уровня развития и здоровья детей как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе, позволяющую проводить комплексная оценку осанки и деформаций позвоночника, функцио-

нального состояния, динамических функций и физиологических параметров организма. По новому оценивать, своевременно и целенаправленно корректировать состояние опорно-двигательного аппарата, осуществлять динамический контроль за состоянием здоровья, проводить оценку эффективности оздоровления, профилактики, лечения, реабилитации и проводимых оздоровительных мероприятий в образовательных учреждениях.

Научное обоснование и внедрение новых эффективных программ лечебной физической культуры и реабилитации детей с нарушениями осанки и сколиотическими деформациями, введенных в учебный процесс образовательных учреждений г.Барнаула и Алтайского края наряду с программным уроком физической культуры, позволило перевести процесс образовательный процесс в образовательно-оздоровительный (муниципальная гимназия № 42), разработке рекомендаций по оптимизации учебного процесса, основанных на принципах сохранения, укрепления и формирования здоровья, предупреждения влияния неблагоприятных условий обучения на растущий, формирующийся организм с оценкой уровня развития и здоровья, физического совершенствования и гармоничного развития человека.

Результаты проведенной работы показали, что за 2 года проводимых мероприятий коэффициент эффективности уровня развития и здоровья для школьников (2428) составил 95,6%, по общей коррекции 81,6% и специальной — 74,6%, реабилитационный индекс — 87,4%.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЮНОШЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Винокурова С.П., Халатян К.Н.

г. Якутск, ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия)

В последнее время особую актуальность приобретает антропогенетические и психофизиологические исследования спортсменов с целью изучения их адаптационности к конкретной спортивной деятельности, в том числе в экстремальных условиях среды.

В задачи данного исследования входило выявление влияния занятий спортом на морфофункциональное развитие организма юношей-якутов 16-19 лет Республики Саха (Якутия) (РС(Я)). В обследованной группе юношей (760), спортсменов было 322 (42,37%), а не занимающихся спортом — 438 (57,63%). Антропометрическое обследование проводилось по методике, принятой НИИ антропологии МГУ и описанной В.В. Бунаком (1941), которое включало в себя определение ряда продольных, поперечных, обхватных размеров тела, его массы те

ла, кистевой и становой силы, ЖЕЛ. Для анализа компонентного состава массы тела применялась методика фракционирования массы тела на три компонента (мышечный, костный и жировой) (J. Matiegka, 1921). Математическая обработка проводилась на информационной системе базы данных "SOMAX".

Оценка количественных характеристик основных морфофункциональных показателей организма юношей якутской национальности с различным уровнем двигательной активности позволила установить в большинстве из них статистически достоверные различия. Как выяснилось, при оценке влияния занятий спортом на физическое развитие юношей длиннотные размеры тела существенной роли не играют. Наиболее информативными в этом отношении оказались показатели окружности грудной клетки, ЖЕЛ, динамометрия кисти, а также компонентный состав массы тела (абсолютное и относительное содержание жирового и мышечного компонента массы тела). У юношей спортсменов мышечный компонент был наиболее развит, а жировой наименее.

При анализе распределения конституциональных типов среди юношей с различным уровнем двигательной активности выявлено разнообразие типов телосложения. В соответствии с индексом Риса-Айзенка у спортсменов долихорморфный соматотип встречался в 42,24% случаев, мезоморфный — 51,86% и брахиморфный — 5,9%. Среди юношей, не занимающихся спортом, эти данные составили: 57,99%, 38,13% и 3,88%.

Как показали наши исследования, организм спортсменов имеет более высокие функциональные характеристики, которые в свою очередь, могут способствовать не только повышению спортивных результатов, но и более лучшей устойчивости к неблагоприятным климатическим условиям Якутии. Занятия спортом юношей Республики Саха (Якутия) стимулируют функциональные резервы организма, совершенствуют механизмы адаптации и гармоничность физического развития.

ОБМЕН МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ВИБРАЦИОННОМ СТРЕССЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Вогралик П.М., Боброва С.В., Ефремов А.В., Антонов А.Р.

г. Новосибирск, Новосибирская государственная медицинская академия

Производственные вибрации различных параметров относятся к числу наиболее распространенных факторов окружающей человека среды, а вибрационная патология занимает лидирующее положение среди отдельных нозологических форм хронических профессиональных заболеваний.

В настоящее время растет научный и практический интерес к вопросу о роли микроэлементов при различных патологиях. В то же время имеется ограниченное количество исследований, посвященных обмену микроэлементами при вибрационных воздействиях. Практически отсутствуют данные, касающиеся роли лимфатической системы — важного звена гомеостаза в перераспределении микроэлементов при вибрационных воздействиях, а также о распределении микроэлементов в системе "плазма-лимфа" при вибропатологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей обмена микроэлементов в системе "плазма-лимфа" в условиях вибрационных воздействий и при фармакологической коррекции эссенциальными фосфолипидами.

Животные подвергались воздействию общей вертикальной вибрации частотой 32 Гц при ускорении 50 м/с².

Для фармакологической коррекции использовался препарат эссенциале Н ("Aventis", Франция-Германия, раствор). Центральная лимфа и плазма крови забирались на 10-е и 30-е сутки воздействия и на 20-е, 30-е и 60-е сутки восстановительного периода. Содержание микроэлементов определяли на атомно-абсорбционном спектрофотометре "Uniscan-939" (Великобритания). Содержание микроэлементов выражалось в мг/л.

Установлено снижение в плазме крови содержания кальция и магния в начале периода вибрации, а железа — с самого начала вибрационного воздействия. В восстановительном периоде содержание данных микроэлементов увеличивалось до контрольных значений. Содержание железа в лимфе существенно изменялось в начале периода вибрации и в конце восстановительного периода; магния — лишь к концу, а кальция — к середине процесса восстановления. Фармакологическая коррекция существенно изменяла динамику содержания микроэлементов в плазме крови и лимфе.

Таким образом, при вибрационном воздействии как мощном стрессирующем факторе происходит перераспределение микроэлементов между кровеносным и лимфатическим руслом, что вносит существенный вклад в развитие, усугубление и прогрессирование вибрационной патологии. Полученные данные позволяют оценить вклад нарушений обмена микроэлементов в патогенез вибрационной болезни и вносят новые элементы в понимание роли лимфатической системы в адаптивно-компенсаторных реакциях организма, направленных на поддержание гомеостаза.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У ДЕТЕЙ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

**Воробушкова М.В., Жданова Л.А., Ширстов А.М.,
Велитченко В.К., Воробушкова В.В.**

г. Иваново, Ивановская государственная медицинская академия

В настоящее время, по данным литературы, частота распространения минимальной мозговой дисфункции у детей колеблется от 2 до 40%. В комплексном лечении данной патологии одно из первых мест отводится лечебной физкультуре.

Под наблюдением находились 167 детей с минимальной мозговой дисфункцией. Контрольную группу составили 160 детей без проявлений ММД. В зависимости от возраста дети разделены на 4 подгруппы: дошкольный возраст (5-6 лет), младший школьный возраст (7-8 лет), средний школьный возраст (11-12 лет) и старший школьный возраст (16-17 лет).

При оценке физического развития установлено, что на всех этапах наблюдения для детей с ММД характерны сниженные показатели жизненной емкости легких и мышечной силы рук. В процессе наблюдения физическое развитие детей с дисфункцией мозга ухудшалось и к окончанию школы у них чаще, чем в контрольной группе определялось дисгармоничное физическое развитие, как за счет дефицита массы тела, так и ее избытка.

В дошкольном возрасте у детей с ММД выявлялись нарушения статической координации тела, синхронности и скорости движения, что приводило к задержке формирования таких двигательных навыков как бег, прыжки, метание мяча. К окончанию школы психомоторное развитие и физическая подготовленность детей с малой мозговой дисфункцией так же ухудшались.

Централизация сердечного ритма при высокой частоте сердечных сокращений и низкие показатели функциональных проб у детей с ММД указывали на физиологическую незрелость сердечно-сосудистой системы.

Физическая работоспособность в процессе всего обучения в школе сохранялась на более высоком уровне в контрольной группе, чем у детей с ММД.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости:

- начинать реабилитационные мероприятия уже в дошкольном возрасте при выявлении минимальной мозговой дисфункции, пока еще высоки компенсаторные возможности головного мозга и не успел сформироваться стойкий патологический стереотип движений;

- подбирать комплексы лечебной гимнастики индивидуально для каждого ребенка с учетом его физического и психомоторного развития, физической подготовленности и работоспособности;

- для удержания внимания детей занятия проводить в доброжелательной атмосфере, эмоционально, в игровой форме, поощряя ребенка.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАПТОГЕНОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ СПОРТСМЕНОВ В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ

Воронцова Л.Б.

г. Комсомольск-на-Амуре, хабаровский край, Городской Врачебно-физкультурный диспансер

Во врачебно-визкультурном диспансере нашего города для повышения устойчивости организма спортсменов к действию неблагоприятных экологических факторов — задымленности, превышающей нормативные показатели в несколько раз, использовались адаптогены растительного происхождения: "левозия", "элтон", "леветон", "адаптон", "апивит" у спортсменов-пловцов. Сравнительный анализ проводили со спортсменами такого же уровня подготовки, возраста и пола, занимающимися у одного и того же тренера (по 8 человек в каждой группе). Препарат принимали по схеме: 10 дней — "апивит" по 3 таблетки в день, затем "левозия" по 20 капель 3 раза в день в течении 20 дней. Физическая работоспособность оценивалась по тесту рWC 170. В условиях задымленности у основной части спортсменов отмечалось снижение физической работоспособности на 8-10%. Группа спортсменов, принимавших растительные адаптогены не показала снижения физической работоспособности.

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Восидов З.В., Одинаев Ф.И., Зоидбоев З.М., Хашимова П.Р., Хомидов Б.Х.

Республика Таджикистан, г. Душанбе, Таджикский НИИ профилактической медицины, г. Исфара, Республиканский межколхозный санаторий "Зумрад"

Нами изучалась эффективность санаторно-курортного лечения у 54 больных, страдающих деформирующими остеоартрозами (ДОА) (обеих коленных суставов — 29, правого и левого коленного — 8, тазобедренных — 3, плечевых — 6,

голеностопных — 3, множественные поражения суставов 5 человек). Мужчин 41, женщин — 13 с давностью заболевания от 2-х до 14 лет.

Всем больным проводились общеклинические исследования (общий и биохимические анализы крови, экг-исследования, осмотр ортопеда, рентгенография суставов, динамометрические исследования силы мышц).

Рентгенологически у всех больных выявлена I-II стадия ДОА различной локализации.

Всем больным санаторно-курортного лечения включала использование климатических факторов, четырехразовое диетическое питание, ЛФК, прием сульфидных ванн источника "Оби шифо", с концентрацией 50-100-150мг/л, 8-10-15 минут, температурой 37оС на курс лечения 8-10 процедур. Озокеритовые аппликации пораженного сустава температурой 50-55оС по 25-30 минут, на курс лечения 8-10 процедур. В дни приема сульфидных ванн назначалась гальваногрязь пораженного сустава с иловой грязью озеро "Оксукона".

Процедуры назначались с учетом совместимости и несовместимости бальнеофизиопроцедур, а также с учетом сопутствующих заболеваний.

Влияние санаторного лечения на перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантную защиту (АЗ) изучалась в динамике по приезду и в конце пребывания в санаторий.

Контролем служила сыворотка крови 21 здоровых людей в возрасте от 21 до 65 лет, проживающих в населенном поселке вблизи санатория.

Все исследования проводились на спектрофотометре СФ-46;гидроперекиси (ГП) по методу Л.А.Романовой, И.Д.Стальной, диеновые конъюгаты (ДК) по И.Д.Стальной, малоновый диальдегид (МД) по И.Д.Стальной, Т.Г.Гаришвили и активностью каталазы по М.А.Каролюк.

Содержание ГП у больных ДОА прибывших на лечение составляло в среднем 0,223 0,006 усл.ед.($P < 0,001$),а после проведенного курса лечения снизилось до 0,143 0,03 усл.ед.($P < 0,001$), в контрольной группе 0,143 0,01 усл.ед.

Содержание ДК у больных до лечения составляло в среднем 0,328 0,008 мкмоль/мл ($P < 0,001$), после лечения снизилось до 0,259 0,004 мкмоль/мл ($P < 0,001$), в контрольной группе 0,210 0,01 мкмоль/мл.

Концентрация МД у больных до лечения составляла в среднем 0,770 0,01мкмоль/мл ($P < 0,001$), после лечения снижалась до 0,623 0,02мкмоль/мл ($P < 0,01$), в контрольной группе 0,619 0,03мкмоль/мл.

Исследование активности фермента антирадикальной защиты показывает, что уровень каталазной активности сыворотки крови у прибывших на лечение больных был понижен и составлял в среднем 78,4 1,8ммоль/л ($P < 0,001$), в контрольной группе 201,1 8,4ммоль/л.

Лечение в санатории способствовало повышению каталазной активности крови и ее уровень составлял в среднем 157,2 1,7ммоль/л ($P < 0,001$).

Следует отметить, что при комбинированном назначении сульфидных ванн в сочетании с гальваногрязью, чередуемые с озокеритовыми аппликациями помимо положительных результатов ПОЛ и АЗ наблюдаются заметные сдвиги в клинической картине заболевания,

выражающиеся в уменьшении болевого синдрома, увеличении объема движения пораженных суставов, уменьшении хруста и крепитации, повышением тонуса мышц, которые отмечались уже на 10-12-е дни после приема процедур.

Полученные результаты показывают, что применение природных и преформированных физических факторов в сочетании с лечебной физической культурой при остеоартрозах является методом патогенетической терапии.

ЭТАПНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЦЕРВИКОКРАНИАЛГИЕЙ

Галлямова А.Ф., Машкин М.В., Новиков, Ю.О.

г. Уфа, Кафедра мануальной терапии института последипломного образования БГМУ

Высокая встречаемость цервикокраниалгий у лиц в трудоспособном возрасте до 54,6%, а также частое рецидивирование обуславливают актуальность совершенствования методов восстановительного лечения данного страдания.

Целью исследования была разработка эффективной программы лечения заболевания с применением методов лечебной физкультуры и мануальной терапии. Проведено клинико-инструментальное обследование с подсчетом нейроортопедических показателей и комплексное восстановительное лечение 117 больных с цервикокраниалгиями. Пациенты были разделены на две группы: в основной (90 человек) проводилось лечение по разработанной программе, в группе сравнения (27 человек) проводилось общепринятое лечение с использованием нестероидных противовоспалительных средств, витаминов, миорелаксантов, хондропротекторов.

Программа разделялась на три этапа. На первом этапе — адаптации — пациентам назначались индивидуально подобранные упражнения: статические и динамические дыхательные, расслабляющие, в щадящем режиме, с элементами самомассажа, в сочетании с непрямыми функциональными и краниосакральными техниками мануальной терапии. На втором — тонизирующем этапе — добавлялись упражнения, направленные на восстановление функций стабилизирующих систем позвоночника, создание мышечного корсета, использовались миофасциальные и мышечно-энергетические техники мануальной терапии. На третьем — тренирующем этапе — комплексы расширялись и усложнялись, включались упражнения сенсомоторной активации.

У всех пациентов после проведенного лечения отмечалась достоверная ($p < 0,01$) положительная динамика показателей нейроортопедического обследования, причем у больных основной группы были достоверно ($p < 0,01$) ниже, чем в группе сравнения.

Наряду с этим анализ отдаленных результатов показал, что в основной группе период ремиссии составил 339,3 2,65 дней, тогда как в группе сравнения он был достоверно короче — 228,3 3,06 ($p < 0,01$).

Таким образом, этапное комплексное восстановительное лечение с применением методов лечебной физкультуры и мануальной терапии позволяет добиться быстрого регресса неврологической симптоматики, а также удлиняет сроки ремиссии, что находит отражение и в данных инструментальных методов исследования.

ФОТОФОРЕЗ МЕТРОГИЛ-ГЕЛЯ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТАХ

Герасименко М.Ю., Никитин А.А., Сипкин А.Н., Филатова Е.В.

Россия. Москва МОНКИ им.М.Ф.Владимирского. Отделения физиотерапии и реабилитации, челюстно-лицевой хирургии

Хронический одонтогенный гайморит возникает в результате осложнений после удаления или периодонтитов премоляров и моляров верхней челюсти. Под наблюдением находилось 53 человека с хроническим одонтогенным гайморитом с оро-антральным соустьем или без него. В предоперационном периоде пазуху шунтируют через нижний носовой ход трубкой, по которой вводят 1% метрогил гель в объёме 2 мл. 1 раз в 2-3 суток. Практически замкнутая полость пазухи не позволяет эвакуироваться лекарственному препарату, а гелеобразная форма пролонгирует влияние на микробные агенты.

Затем проводили ИК-лазерное облучение проекции пазухи. Контроль снижения воспалительных изменений в синусе проводили при помощи гаймороскопии через нижний носовой ход или оро-антральное соустье. Лечение заканчивается при купировании воспалительных явлений гайморита без оро-антрального соустья, или если происходит самопроизвольное закрытие соустья в процессе воздействия на пазуху. При наличии стойкой перфорации, после стихания патологических изменений в пазухе, проводят пластику соустья выбрав наиболее оптимальный способ, в зависимости от локализации и размера дефекта. В послеоперационном периоде также проводится введение через трубку метрогила геля и фотофорез области пазухи.

Применение метрогила геля в предоперационном периоде в сочетании с фотофорезом позволило очистить пазуху от инфекционных агентов вызывающих одонтогенный гайморит (*Porphyromonas gingivalis*, *Prewotella intermedia*, *P.*

denticola, Fusobacterium fusiformis, Wolintlla recta, Treponema sp., Eikenella corodens, Borrelif victnti, Bacteroides melaninogenicus, Selenomonas sp.). Комбинацией эффектов (антибактериального, противовоспалительного, иммунологического, антиоксидантного) достигается ускорение предоперационной подготовки больного и послеоперационной реабилитации. После стихания клинических симптомов воспаления проводят контроль пазухи — эндоскопически. При очистке синуса и отсутствии оро-антрального соустья лечение закончено, при наличие соустья проводят пластику местными тканями. В послеоперационном периоде проводят процедуру в течение 5 дней.

Лазерное излучением, улучшая микроциркуляцию, и проницаемость клеточных мембран, способствует оптимальному воздействию препарата метрогил геля на присутствующую патогенную флору пазухи. Отмечено повышение эффективности лечения одонтогенного гайморита, снижение объема хирургического вмешательства, с предотвращением осложнений и рецидива, сокращение сроков лечения.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ И ФОТОФОРЕЗ ХОНДРОКИСДА

Герасименко М.Ю., Февралева А.Ю., Г.С. Хамитова, Жданов Е.В., Варава А.С.

Россия, г. Москва МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского. Отделение физиотерапии и реабилитации

Проблема повышения остеорегенерации при травматических повреждениях костей лицевого скелета и при лечении хронического генерализованного пародонтита остается в наши дни актуальной в связи с высокой распространенностью этой патологии среди населения.

Цель работы — обосновать физико-фармакологические возможности фотофореза 5% хондроксида.

Первоначально определяли стабильность фармпрепарата при облучении лазером в красном и инфракрасном диапазоне. Проводили контактно облучение 1 г мази при выходной мощности 120 мВт по 30 мин (аппарат Скаляр), при проявлении хроматограмм в ультрафиолетовом свете (254нм) пятна новых примесей отсутствовали, что свидетельствует о стабильности мазей к воздействию лазерного излучения. На полупроницаемой мембране выявлено преобладание коэффициента пропускания на 30-32% хондроксида под действием лазерного излучения при падающей мощности 15-25 мВт по сравнению с простой диффу-

зией. На 10 здоровых добровольцах (по 100 замеров на ухе и щеке) выявлено, что пропускающие способности 5% хондроксида начинают резко возрастать при выходной мощности 20-30 мВт.

Проведено клиническое обследование и лечение 57 пациентов с травмами челюстно-лицевой области и 62 хроническим пародонтитом в возрасте от 23 до 56 лет, Выделены группа контроля и группы, получающей только лазерное облучение или фотофорез хондроксида. Для объективизации работы использованы: рентгенография, реовазография, нервно-мышечная диагностика, оценочная шкала боли, тест "САН", морфологическое исследование биоптатов десны.

Выявлено, что ИК-лазерное облучение и лекарственный фотофорез довольно быстро купируют болевой синдром, улучшают микроциркуляцию в челюстно-лицевой области, нормализуют функциональную активность мышечных образований и околоуставных тканей. При этом фотофорез 5% хондроксида при переломах способствует быстрому регрессу воспалительного процесса и ускорению остеорегенерации (по данным рентгенографии, щелочной фосфотазы, кальция и фосфора), способствует оптимизации течения раневого процесса. При хронических пародонтитах приводят к редукции симптомов воспаления (отсутствие кровоточивости, ощущения зуда, жжения десен, восстановление цвета десны, ее уплотнение, уменьшение подвижности зубов, исчезновение неприятного запаха изо рта,)

Следовательно, новый физико-фармакологический метод — можно широко использовать в практике физиотерапии, челюстно-лицевой травматологии и пародонтологии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТО-ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИОДОНТИТА

Гилязетдинова Ю.А., Гилязетдинов Д.Ф.

*г.Москва, Российская Медицинская Академия Последипломного Образования, 97
поликлиника*

Реабилитация больных деструктивными формами периодонтита является важной проблемой стоматологии, которая имеет социальную значимость. Именно заболеваниями периодонта в абсолютном большинстве случаев объясняется преждевременная потеря зубов, что обуславливает возникновение стойких нарушений функций жевания и речи, эстетики зубных рядов, в том

числе у людей молодого возраста, приводящее к возникновению деформаций жевательного аппарата и другой стоматологической и соматической патологии

Вследствие несовершенной регенерации костной ткани по типу грубоволокнистых структур и сращений (спаек) с цементом корня нередко возникают анкилозы корней зубов с утратой эластических демпфирующих свойств периодонтальной мембраны. Это резко нарушает опорные функции периодонта корней таких зубов при повышенной вертикальной и горизонтальной жевательной нагрузке, особенно если их использовать в качестве опорных, и в итоге приводит к расшатыванию и элиминации зубов.

При лечении деструктивных форм периодонтита клинический опыт обуславливает необходимость оптимизации репаративной регенерации периодонта и костной ткани альвеолярных дуг челюстей для достижения стойкого положительного результата лечения.

Важное значение для реабилитации больных деструктивными формами периодонтита имеет включение в комплексное лечение магнито-лазерного излучения, обладающего исключительно ценным свойством формировать (за счет нормализации микроциркуляции, тканевого метаболизма, клеточной пролиферации и пр.) совершенную регенерацию ткани, т.е. максимально приближающуюся к ее нормальному строению.

Под наблюдением находилось 156 пациентов в возрасте от 6 до 70 лет с различными формами периодонтита. Для проведения магнито-лазерной терапии использовали лазерный аппарат "Оптодан", генерирующий лазерный свет в инфракрасном участке спектра с длиной волны 0,85-0,95 мкм, и специальную насадку с источником постоянного магнитного поля напряженностью 35-50 мТл. Для ускорения регенерации периапикальных тканей и сокращения сроков лечения применяли сочетанное воздействие противовоспалительных и стимулирующих регенерацию параметров магнито-лазерного излучения. Взрослым — по 2 минуты на 1-ом и 2-ом каналах, детям — по 1-2 минуты на 1-ом и 2-ом каналах. Последующее количество процедур определяли индивидуально для каждого больного с учетом клинической и рентгенологической картины: интенсивности воспалительного процесса и состояния периапикальных тканей.

Анализ ближайших и отдаленных результатов показал, что применение принципиально новой методики магнито-лазерного воздействия в ранний период лечения верхушечного периодонтита, направленного на форсирование процессов регенерации периапикальных тканей путем сочетанного облучения патологического очага сначала на I, а затем на II каналах лазерного аппарата "Оптодан" позволило существенно повысить эффективность и качество лечения.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОНМК У ПОЖИЛЫХ

Горбунов А.В.

г. Тамбов, Россия, Гериатрический центр

Задачей исследования являлось изучение эффективности сочетанного использования физиотерапевтического и медикаментозного лечения согласно программе государственных гарантий.

В неврологическом отделении пролечено 116 пациентов в возрасте от 61 до 75 лет, перенесших ОНМК ишемического типа (мужчин — 52, женщин — 64). Время, прошедшее после перенесенного инсульта, соответствовало раннему восстановительному периоду (до 6 месяцев — 24% пациентов), позднему восстановительному периоду до 12 месяцев — 38%), резидуальному периоду (больше одного года — 48%). Выраженность неврологического дефицита была представлена легкой степенью — 26 человек (22.4%), умеренная — 77 человек (66.4%), тяжелая — 13 человек (11.2%). Длительность госпитализации составила в среднем 17.8 дней. Все пациенты имели по 2 — 5 сопутствующих заболеваний.

Сопутствующая патология была представлена следующими нозологиями:

ишемическая болезнь сердца — 92.4%

мерцательная аритмия — 16.4%

гипертоническая болезнь — 47.8%

сахарный диабет — 13.4%

бронхиальная астма — 10.4%

хронический холецистит — 10.2%

хронический пиелонефрит — 8.2%

Всем пациентам проводилась соответствующая базисная терапия (до 5 лекарственных препаратов одновременно) с учетом сопутствующей патологии, обязательными курсами лечебной физкультуры, массажа, а также воздействием одного из преформированных физических факторов (дарсонвализация, лазеротерапия на субокципитальную и синокаротидную зоны, электрофорез КИ по глазнично-затылочной методике, фонофорез).

Оценка эффективности лечения проводилась по клиническим признакам (улучшение общего состояния, регресс неврологического дефицита), динамика показателей дополнительных методов исследования (ЭЭГ, РЭГ, биохимические показатели крови).

После проведенного комплексного лечения 95.6% пациентов выписаны с улучшением.

Таким образом, проведенный анализ позволяет заключить достаточную эффективность предложенного комплекса терапии для больных пожилого возраста, перенесших ОНМК и имеющих выраженную соматическую патологию.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА НАРУЖНОЙ КОРРЕКЦИИ СКОЛИОЗА

Колчин Д.В., Читалин М.Н., Данилов В.Ф.

Россия, г. Тольятти, детская городская больница № 1, отделение травматологии и ортопедии

Большинство современных методов оперативной коррекции искривления позвоночника предусматривают одномоментное исправление сколиозов. Воздействие на позвоночник в течение короткого промежутка времени сопровождается быстрым изменением формы спинномозгового канала и значительным натяжением сосудов, корешков спинномозговых нервов и самого спинного мозга. При этом всегда имеется опасность возникновения ишемических расстройств и неврологических осложнений. Применяемый нами аппарат наружной коррекции сколиоза позволяет в течение 4 — 7 недель постепенно исправлять ригидную сколиотическую деформацию IV степени при индексе стабильности Казьмина близком к 1. Используем аппарат Данилова-Скворцова (А.С. 1556668) и его модификации. Аппарат имеет форму кольца, которое при помощи подвижных ножек устанавливается на спине пациента. К кольцу крепятся тяги с динамометрами, позволяющие корригировать натяжение титановой проволоки, идущей от остистых отростков позвонков к аппарату. Вытяжение осуществляется за титановые пластины, крепящиеся к позвонкам этой же проволокой. Смещая специальную гайку по резьбовой тяге, постепенно увеличиваем натяжение проволоки, тем самым осуществляя коррекцию. При коррекции одной сколиотической дуги используем 3 тяги, при коррекции двух дуг искривления — 4 тяги. Аппарат изготавливается из титана. Вес аппарата около 600 г. Больной легко носит аппарат на спине, свободно передвигаясь по отделению и за его пределами. После устранения деформации позвоночника аппарат демонтируется и вторым этапом выполняется окончательная фиксация достигнутой коррекции при помощи костной аллопластики с использованием эндокорректоров. В отделении с 1988 года выполнено 24 операции с использованием аппарата наружной коррекции сколиоза. В тех случаях, когда сколиотическая дуга была наиболее ригидной, наложение аппарата сочетали с внутривисцеральным введением лекозима или остеотомией одного, двух или трех ребер с выпуклой

стороны в области вершины сколиотической деформации. Ближайшие и отдаленные результаты после использования аппарата были значительно лучше, чем без его использования.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСА КУРОРТА УНДОРЫ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Денисова Х.Х.

г. Ульяновск, санаторий "Дубки"

г. Самара, Самарский государственный медицинский университет

Важной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин являются нарушения менструальной функции. С целью повышения эффективности лечения данной патологии нами были использованы общеоздоровительные методы санатория курорта Ундоры, а также местное применение природных факторов минеральной воды "Волжанка" и интравагинальных тампонов с голубой глиной. Комплекс санаторно-курортного оздоровления включал в себя: климатолечение, диетическое питание, широкий спектр физиотерапевтических процедур, физиотерапию и бальнеопроцедуры.

Гипотензивный, диуретический и противовоспалительные свойства ундоровской минеральной воды обоснованы в лечении хронических пиелонефритов (Хмара М.И., 1995 г.). Целебные свойства голубой глины, благодаря содержанию органических и неорганических веществ, различных солей, биостимуляторов, гормоноподобных и антибактериальных веществ обуславливают активность ее действия.

Под нашим наблюдением находилось 104 больных, пролеченных общими и местными факторами ундоровского санатория "Дубки" — I основная группа, а для сравнения взята однородная II контрольная группа — 110 больных, леченных в условиях районной больницы медикаментозными и преформированными факторами.

Анализ исходных данных нарушений менструального цикла показал, что регулярный оварнально-менструальный цикл отмечен только у 33,3% больных, у 66,7% — менструальный цикл нерегулярный. По количеству крови — гиперменорея отмечена у 64,8%; гипоменорея у 5,8% и у 29,4% были умеренные *menstris*. По продолжительности — полименорея (более 5 дней) отмечена у 65,2%; олигоменорея (менее 2-3 дней) — у 5,1% и *menstris* в течение 3-5 дней — у 29,7%. По характеру — болезненные *menstris* отмечены у 57,9%, безболезненные у 42,1%. Это позволило оп-

ределить удельный вес нарушений менструальной функции на 1 больную в I основной группе — 2,67 и во II контрольной группе — 2,61. После лечения в I основной группе восстановление менструальной функции произошло с 66,6% до 8,8% ($P_1 < 0,05$) и во II контрольной группе с 67,2% до 30,0% ($P_2 < 0,05$), о чем свидетельствует достоверная разница. Удельный вес нарушений овариально-менструального цикла после лечения составил в I группе — 0,68; во II группе — 1,56.

Таким образом из представленных динамических изменений можно сделать вывод, что комплексное санаторно-курортное лечение с применением местных природных факторов минеральной воды и голубой глины более эффективно влияют на механизмы регуляции менструального цикла, чем медикаментозная терапия с преформированными факторами. Санаторий Ундоры располагает широкими возможностями для оздоровления женщин с заболеваниями репродуктивной системы, что позволит расширить его профиль.

СТАДИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Ефимов А. П.

г. Москва, Институт биомеханики, валеологических и реабилитационных технологий

г. Нижний Новгород, Областной врачебно-физкультурный диспансер

Многолетний опыт научно-практической работы в подразделениях реабилитации травматолого-ортопедических больных и инвалидов ряда учреждений позволил разработать системную концепцию медико-социальной реабилитации как комплексного многоэтапного процесса. Важнейшими этапами этого процесса, безусловно, являются 1 — медицинский и 2 — социальный этапы. Системный анализ медицинского этапа реабилитации позволяет выделить в нем 6 основных стадий, последовательно направленных на достижение конечного — социального — результата реабилитации. Стадии эти следующие

1 стадия — оценка реабилитационной ситуации и реабилитационного потенциала больного и инвалида.

2 стадия — формулирование реабилитационного диагноза, включающего клинический диагноз, функциональные и психомоторные нарушения, социальную недостаточность.

3 стадия — прогнозирование промежуточного и конечного результата медицинской реабилитации на основе реабилитационного диагноза, реабилитаци-

онного потенциала пациента, реабилитационной эффективности медицинского учреждения и финансовых ресурсов страховых фондов и пациента.

4 стадия — разработка индивидуальной программы медицинской реабилитации, адекватной реабилитационному диагнозу и реабилитационному потенциалу больного и инвалида.

5 стадия — реализация реабилитационных воздействий и их оптимальное дозирование, включая методы физиотерапии, кинезотерапии, механотерапии, ортезирования, протезирования, психотерапии и медикаментозного лечения.

6 стадия — оценка результатов медицинской реабилитации, включая количественное определение промежуточного и конечного уровня реабилитации больных и инвалидов инструментальными и экспертными методами.

В докладе изложены достижения автора в научно-практическом решении указанных задач в процессе медицинской реабилитации больных и инвалидов травматолого-ортопедического профиля.

ТРАКЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ефимов А.П., Карпов В.Н., Нестерова С.К., Басова Н.Ю., Чеботарева Г.Г., Фомичева Л.Д.

г. Москва, Институт биомеханики, валеологических и реабилитационных технологий

г. Нижний Новгород, Нижегородский Областной Врачебно-физкультурный диспансер

Тракционная гимнастика шейного отдела позвоночника предполагает одновременное решение 2-х задач: 1) вертикальное дозированное вытяжение позвоночника в положении больного сидя, 2) выполнение гимнастических упражнений с помощью глубокой мускулатуры позвоночника в виде поворотов с максимальной амплитудой вправо и влево. Подобный подход имеет преимущества перед горизонтальным сухим вытяжением позвоночника в положении лежа вследствие активного подключения глубокой мускулатуры позвоночника к восстановительному процессу в позвоночнике. Благодаря мышечной работе улучшается кровоснабжение не только работающих мышц, но и всех пораженных тканей позвоночного сегмента. Циклическая работа мышц при поворотах шейного отдела способствует лучшей циркуляции венозной крови, лимфы, ликвора, что благотворно сказывается на снижении внутричерепного давления.

1. Исходное положение — головодержатель, соединенный с грузом через два блока аппарата для вытяжения, одевается на голову сидячего пациента.

2. Пациент выполняет повороты головы вправо и влево (1 цикл) до предела подвижности шеи. При наличии болевых явлений в шейном отделе амплитуда поворотов должна быть такой, чтобы не вызывать усиления боли. Темп движений — 10-12 циклов за 1 минуту, или 5-6 сек на цикл — поворот вправо и влево.

3. Объем гимнастических упражнений за 1 день должно составлять 300-500 циклов. Но к этому уровню нагрузки нужно подходить постепенно, начиная с 50-100 циклов в день. Гимнастику нужно выполнять до появления чувства легкого утомления.

После проведенной клинической и рентгенологической диагностики, тракционную гимнастику назначают детям с 3-летнего возраста. Величина груза в начале занятий должна составлять 2-3 % от веса тела. Максимальная величина груза не должна превышать 20 % веса тела пациента. Темп наращивания груза — 2-3 % веса тела за 1 месяц. Длительность курса для получения стабильного эффекта — 6 месяцев.

Опыт лечения более 3000 детей с последствиями перинатальной травмы убедил нас в высокой эффективности метода, позволяющего проводить вправление большинства перинатальных подвывихов шейных позвонков.

ТЕХНОЛОГИЯ СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Ефимов А. П.

г. Москва, Институт биомеханики, Валеологических и реабилитационных технологий

г. Нижний Новгород, Нижегородский врачебно-физкультурный диспансер

Проведена реабилитация более 3 000 детей с диагнозом ДЦП и угрозы развития ДЦП в возрасте от 2 месяцев до 18 лет. Используются современные методы диагностики: функциональная рентгенография, магнитно-резонансная томография, эхоэнцефалография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, артериальная доплерография, электромио-графия. В работе применена новая приоритетная технология биомеханики микродвижений частей человеческого тела, позволившая значительно повысить эффективность лечения и реабилитации детей благодаря повышению адекватности реабилитационных воздействий и своевременной коррекции динамики реабилитации ДЦП.

Для реабилитации детей с ДЦП разработана технология семейной реабилитации детей с ДЦПю Основные ее требования :

- раннее начало, с момента появления угрозы развития ДЦП,
- непрерывность и постепенная трансформация лечения в реабилитацию,
- нарастающий по объему и сложности многоэтапный характер,
- получение максимального конечного положительного результата в пределах реабилитационного потенциала больного ребенка

Нами разработаны следующие принципы семейной реабилитации:

1. Реабилитация детей проводится в семье и членами семьи.
2. Родители детей обучаются выполнению необходимых процедур.
3. Обучение родителей или других членов семьи методикам реабилитации проводится на их собственном ребенке.
4. Динамика восстановления контролируется и корректируется специалистами на основе объективной инструментальной функциональной диагностики.
5. Для реабилитационных воздействий широко используются "малые" технические средства семейной реабилитации.
6. Технические средства подбираются или изготавливаются специалистами каждому больному ребенку индивидуально.
7. До 90 % реабилитационных воздействий выполняется на дому техническими средствами, используемыми длительно, на протяжении всего курса реабилитации или более.
8. До 90 % реабилитационных средств являются функциональными, немедикаментозными.
9. Экономические затраты семьи резко уменьшаются вследствие выполнения процедур руками членов семьи, и использования технических средств реабилитации длительного и многоразового применения.

КЛИНИЧЕСКИЕ И БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ефимов А. П., Шварков С. Б.

г. Москва, Клиника нейрореабилитации больницы № 83

г. Москва, Институт биомеханики, валеологических и реабилитационных технологий

Реабилитация неврологических больных преследует, прежде всего, восстановление нарушенной их двигательной активности. Оценка глубины пораже-

ния двигательных функций, назначение адекватной терапии, оценка эффективности применяемых восстановительных средств и определение уровня реабилитации, достаточной для социальной реинтеграции неврологических больных и инвалидов, являются современными актуальными, но еще малоработанными проблемами нейрореабилитации. Их решение требует привлечения современных точных методов биомеханики человека.

В течение ряда лет нами проведено исследование процесса реабилитации более 1000 больных с привлечением биомеханических, электрофизиологических и лучевых методов диагностики. Наиболее многочисленными группами наблюдения явились больные с последствиями инсульта, черепно-мозговых и спинномозговых травм, цереброваскулярной патологией, рассеянным склерозом и др. В процессе реабилитации целенаправленному восстановлению подвергалась прежде всего походка больных. Для этого количественно оценивались и активно стимулировались элементарные функции шага: передний толчок, динамическая стабилизация, задний толчок, подъем, вынос и опускание нижней конечности.

Обобщение клинических наблюдений в совокупности с анализом результатов биомеханических исследований позволило нам обосновать следующие принципы:

Большинство неврологических заболеваний сопровождается нарушением биомеханики привычных в жизнедеятельности движений человека.

Двигательные нарушения неврологических больных имеют достаточно стойкий характер, отличаясь собственной биомеханической структурой.

Биомеханическая структура двигательных нарушений неврологических больных тесно переплетена с общей клинической симптоматикой болезни, и их дифференциальное изучение представляет собой сложную научно-практическую проблему.

Изучение биомеханики двигательных нарушений неврологических больных позволяет количественно и топографически точнее определить глубину поражения и оценить их двигательный и, во многом, и реабилитационный потенциал.

Применение биомеханических методов в нейрореабилитации позволяет повысить адекватность и оптимальность дозирования реабилитационных мероприятий в соответствии с клиническим диагнозом и реабилитационным потенциалом неврологических больных и инвалидов.

ФОТОФОРЕЗ ПАНТОВЕГИНА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА

Жданов Е.В., Февралева А.Ю., Филатова Е.В., Барыбин В.Ф.

Россия, г. Москва МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского. Отделение физиотерапии и реабилитации

Хроническим генерализованным пародонтитом страдает до 98% населения по данным ВОЗ. Пантовегин, обладает адаптагенными, антиоксидантными, ранозаживляющими свойствами, позволяет ускорить процесс послеоперационного заживления у пациентов с пародонтитом. Проведено обследование и лечение 120 пациентов хроническим генерализованным пародонтитом в возрасте от 20 до 60 лет, которые были распределены на группы в зависимости от тяжести патологического процесса и метода лечения. При этом в первой проводилось стандартное лечение, во второй дополнительно назначали ик-лазерное облучение, в третьей — фотофорез пантовегина (аппарат "Скаляр" ЗАО "Панатрон") по 3-4 мин. на одно поле с общим временем 20 минут. Для оценки состояния тканей пародонта использовали полное стандартное пародонтологическое обследование, обучение и контроль гигиены полости рта. Методами контроля были: рентгенологическое исследование, реография тканей пародонта, определяли значение показателей местного иммунитета, морфологическое исследование биоптатов десны. Контроль проводили до и после лечения, а также в отдаленные сроки (6-12 месяцев). Предварительно проведено нехирургическое пародонтологическое лечение (4-6 процедур), затем — окклюзионные коррекции, после этого осуществлялось хирургическое лечение (открытый кюретаж, лоскутные, костные резективные и регенеративные хирургические операции). После оперативного лечения в первые 4 дня пациенты отмечали умеренную болезненность послеоперационной области, отёк, гиперемию. Во всех исследуемых группах больных наблюдали ликвидацию неприятных ощущений в деснах, запаха изо рта, явлений цианоза, снижение глубины. Наибольшее снижение симптомов воспаления (гиперемия и отечность десен) установлены после фотофореза пантовегина, а также более быстрая регенерация оперативного поля, что в значительной мере повышало послеоперационный комфорт пациентов и позволяло сократить сроки нетрудоспособности. Установлено, что комплексное физико-фармакологическое воздействие является взаимодополняющим и потенцирующим методом. Лазеротерапия оказывает выраженный терапевтический эффект при лечении заболеваний пародонта, а также в результате наличия потенциальной возможности усиления терапевтического эффекта за счет сочетания с фармпрепаратом, представляется перспективной возможностью применения фотофореза с пантовегином в послеоперационной реабилитации пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПРИКРЕПЛЁННОЙ ДЕСНЫ СВОБОДНЫМ НЁБНЫМ ЛОСКУТОМ

**Жданов Е.В., Февралева А.Ю., Герасименко М.Ю,
Сковородько С.Н.**

Россия, г. Москва МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского. Отделение физиотерапии и реабилитации

Недостаток зоны прикреплённой десны (ЗПД) у пациентов, обратившихся в целях протезирования — часто встречающаяся патология пародонта, игнорирование которой приводит со временем к различным осложнениям, делающим результаты ортопедического лечения неудачными.

Для создания ЗПД мы применяли пластику свободным нёбным лоскутом. В ходе операции слизистый нёбный трансплантат пересаживается в подготовленное ложе у одного или группы зубов. Недостатком методики является частичный некроз свободного нёбного лоскута, приводящий к уменьшению созданной ЗПД, и послеоперационная болезненность донорской и реципиентной зон.

Прооперировано 32 пациента в возрасте от 32 до 53 лет, которые разделены на три группы. В первой группе операция проводилась по стандартной методике. Во второй группе дополнительно со вторых суток облучали послеоперационную область синим спектром (аппарат Скаляр) с длиной волны 0,44 мкм, в третьей группе проводили фотофорез геля пантовегин.

Для снижения зоны некроза и улучшения трофики свободного нёбного лоскута, увеличения площади прикреплённой десны, уменьшения болевых ощущений мы использовали, разработанную нами, методику фотофореза геля пантовегина на донорскую и область пересаженного лоскута

Результаты оценивались по проценту ретракции лоскута и площади созданной зоны прикреплённой десны (СЗПД) и оценивалась через 3 месяца после операции. Составлялась шкала боли.

Под действием облучения синим спектром ПРЛ превышал на 10% больше, после фотофореза на 14%, чем при стандартной методике. На 2-3 сутки после операции 65% пациентов отмечали умеренную болезненность, 15% слабые болевые ощущения, 13% дискомфорт, 7% сильную боль, при лазеротерапии — в 57%, 12%, 28% соответственно и только 3% сильную боль, дискомфорт, в третьей группе умеренную болезненность отмечали 52%, 23% слабые болевые ощущения, 20% дискомфорт.

Применение фотофореза пантовегина и облучения синим спектром при реабилитации пациентов в ранние сроки после пластики зоны прикреплённой десны свободным десневым лоскутом позволяет улучшить регенерацию лоскута и в результате получить более широкую зону прикреплённой десны, достигнуть здо-

рового состояния пародонта, окружающего опорный зуб, предотвратить потерю альвеолярного прикрепления и продлить срок службы опорного зуба и протеза а так же снизить болевые ощущения пациентов в донорской и реципиентной областях, сократить на один день сроки пользования хирургическим стентом.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИИ ДЫХАНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Жук Н.А.

г. Москва, Противотуберкулезный диспансер № 17

Проанализированы результаты обследования 24,8 тыс. больных с различными видами бронхолегочной патологии в специализированном лечебно-реабилитационном пульмонологическом отделении диспансера. Бронхо-спирометрические исследования с анализом кривой поток-объем позволили выявить нарушения функции внешнего дыхания (ФВД) у 79,6% пациентов. Наиболее выраженными они были у курильщиков табака — у 92,6% из 17167 обследованных, причем резко выраженные и значительные составляли 71,5%. При клинико-рентгенологическом, лабораторном обследовании впервые установили и верифицировали диагноз у 18,2 тыс. пациентов, т.е. у 73,4%. Из них у 57,2% различных стадий хронической обструктивной болезни, а у 10,7% (1958 чел.) впервые диагностирована бронхиальная астма.

Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий (ЛФК, массаж, электростимуляция диафрагмы, ингаляции медикаментозных средств, ионно-, кислородо-, физио-, лазеротерапию и др. методы воздействия) осуществлялся в групповом и индивидуальном режиме 12-24 дня и включал в себя образовательную программу для пациентов по основным аспектам лечения, реабилитации и профилактики рецидивов болезни. После проведенного курса реабилитации одышка перестала определяться у 71,5%, кашель — у 80,6%, мокрота — у 78,2%. Вентиляционные нарушения ФВД нормализовались у 63,8% и у 29,8% улучшились у некурящих пациентов, а у курильщиков табака они были 19,7% и 16,2% соответственно. У больных бронхиальной астмой восстановление ФВД отмечено у 54,1% некурящих, а у курильщиков только у 17,1%, при этом длительность ремиссии до 6 мес. у 49,8% некурящих больных и только 7,1% у пациентов с высокой табакозависимостью (ИК>200)

Амбулаторная реабилитация функции дыхания удлиняет периоды ремиссии заболевания, способствует восстановлению респираторной функции, снижает медикаментозную нагрузку и экономические затраты на лечение больного,

улучшает качество жизни. Табачная зависимость является одной из важнейших медико-социальных проблем, отрицательно влияющих на состояние здоровья населения и диктует необходимость создания специализированных центров "Анти-Смог".

Реабилитационные мероприятия у больных ХОБЛ без прекращения табакокурения малоэффективны и экономически нецелесообразны.

ТРАНСМЕРИДИОНАЛЬНЫЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ И АДАПТАЦИЯ

Завгородько В.Н., Завгородько Т.И.

Россия, г.Хабаровск, Дальневосточный государственный медицинский университет, ГУЗ "Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины"

Проблема трансмеридиональных перемещений с последующими явлениями "дизхроноса" характерны для огромных контингентов населения: спортсменов, туристов, отпускников, военнослужащих и т.п. Миграционная активность является спецификой Дальневосточного региона. Учитывая, что основные курортные базы, научные, административные, спортивные и иные центры находятся в западной части России, то дальневосточники вынуждены периодически посещать их, подвергая свой организм воздействию сложного комплекса ди-адаптационных нагрузок. Влияние их на организм дальневосточников рассмотрено на примере лиц, выезжающих на санаторно-курортное лечение. Объектом исследования стали 2695 человек постоянно проживающих на Дальнем Востоке и лечившиеся в различных курортных зонах страны: на местных курортах Дальнего Востока, на курортах Читинской области и Забайкалья (разность во времени 2 часовых пояса), Алтайского края (3 часа) и курортах Кавказа (7 часов). Предварительный библиографический поиск показал, что стрессовое воздействие на адаптационные механизмы у людей, прибывших на курорты Запада с Дальнего Востока, наблюдается в течение 7-29 дней. По нашим наблюдениям второй адаптационный "удар" курортники получают в период возвращения на ДВ.

Оценочным критерием эффективности санаторно-курортного лечения (СКЛ) служил коэффициент эффективности, представляющий соотношение случаев и дней временной нетрудоспособности за 12 мес. до СКЛ и такое же время после СКЛ. Анализ полученных результатов показал, что лечение дальневосточников на местных курортах значительно более эффективно, чем в Сибири и тем более на Западе. При этом следует отметить, что на местные курорты поступает бо-

лее "тяжелый" контингент, с более высокой исходной заболеваемостью. Не умоляя ценности бальнеофакторов других регионов, тем более, что многие воды являются аналогами дальневосточных минеральных вод, мы нашли объяснение сложившейся ситуации в тех перегрузках, что испытывают люди при быстрых трансмеридиональных пересечениях поясного времени. Результаты лечения на курортах Читинской области мало отличались от результатов лечения на аналогичных водах ДВ. Лечение на знаменитом курорте Белокуриха дало значительно более низкие результаты в сравнении с аналогичным курортом Кульдур. Здесь четко просматривается нагрузочное действие обычных для наших поездок транспортных сложностей и негативное воздействие смены 3-4 часовых поясов. Именно перемещение на 3 часовых пояса оказалось пороговым для проявления характерных признаков адаптационного стресса и 74-78% "мигрантов" с курортов Запада отмечают по данным анкетирования различные нарушения в состоянии здоровья совершенно не случайно. Также не случайно у этой группы курортников оказался самый низкий коэффициент эффективности, а по сопутствующим заболеваниям наблюдается даже ее рост. Реадаптация у 30-40% курортников проявляется обострением основного или сопутствующих заболеваний, которые нередко путают с запоздалой бальнеореакцией или считают случайным возникновением нового заболевания.

Полученные результаты дают основание для разработки комплекса организационных и медицинских мероприятий по профилактике адаптационных "срывов" и особенно следует уделить внимание этой проблеме в связи с предстоящими массовыми выездами спортсменов из западных регионов России на соревнования, проводимые на азиатском континенте, и прежде всего на предстоящие олимпийские игры в Пекине.

ОПЫТ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СУТОЧНОГО БЕГА — СТУДЕНЧЕСКОМУ СПОРТУ

Заворин В.А., Борисов А.Н., Трофимов В.Н.

г. Самара, Департамент физической культуры и спорта Администрации Самарской области, Самарский областной центр медицинской профилактики, Самарский государственный технический университет

Специалисты кафедры физического воспитания и спорта СамГТУ, СГАУ, спортивного легкоатлетического клуба "Космос" и ОЦМП приняли участие в подготовке сборной команды Самарской области к 24-х часовому лёгкоатлетическому пробегу. Всероссийские соревнования марафонцев состоялись в мае 2002

года в г. Москве, на стадионе "Октябрь". В ходе тяжёлой, изнурительной борьбы, носившей порой драматический характер, самарские спортсмены заняли второе командное место. За сутки наша команда, состоящая из 3-х человек (К. Биккулов, Н. Комаров, Ю. Ушаков), пробежала в сумме около 1000 километров. Соревнованиям предшествовал длительный, около года, подготовительный период, отбор наиболее перспективных спортсменов. В ходе тренировок каждый спортсмен пробегал за месяц не менее 600 км.

Суточный бег — экстремальный вид спорта. Задача перед спортсменами стояла предельно ясная — пробежать как можно большее расстояние в течение суток, и все три члена команды должны были финишировать. Задачи тренеров и медицинской службы состояли в следующем:

- проверка методик тренировки марафонцев, реализация индивидуальных графиков движения спортсменов;

- обеспечение питания, разработка оптимальных рационов и методов кормления на ходу;

- отработка методик профилактики и лечения судорог и травм опорно-двигательного аппарата, потертостей кожи, дисфункций желудочно-кишечного тракта и других органов и систем организма спортсменов в ходе пробега (точечный массаж, Су-Джок и т.д.);

- изучение симптомов дистресса, возникающих вследствие переутомления, и отработка методик их предупреждения и купирования (приёмы психофизической саморегуляции);

- фармакологическая коррекция утомления (витамины, адаптогены, антиоксиданты и т.д.);

- мониторинг гемодинамики и её анализ.

Собранный нами уникальный научно-практический материал анализируется, изучается и уже используется как при подготовке спортсменов-разрядников, так и при организации физкультурно-массовых мероприятий в вузах.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ ПРИ МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Загорская Н.А., Макаров Г.В., Загорская В.Л.

г. Москва, РМАПО, РФ

Целью работы явилось определение эффективности применения различных методов лечебной физкультуры у спортсменов с поясничным остеохондрозом на стадии функциональных нарушений.

Объект исследования — 98 спортсменов, 42 из которых тренировались в скоростно-силовых видах спорта, 56 — требующих выносливости.

Методы исследования: рентгенография позвоночника, магнитно-резонансная томография, функциональная рентгенография позвоночника.

У всех обследованных диагностирован поясничный остеохондроз с мышечно-тоническими синдромами.

Контрольную группу составили 80 человек. Спортсменам основной группы в комплексе лечения проводили дифференцированную лечебную физкультуру, согласно рекомендациям М.В. Девятовой, которая предполагает использование 2-х различных комплексов в зависимости от величины поясничного лордоза.

Группа сравнения, сопоставимая с основной по клинико-социальным показателям, проводилась недифференцированная ЛФК общепринятого стандарта.

В остальном комплекс лечебных мероприятий у сравниваемых групп не отличался и включал в себя: медикаментозную терапию (нестероидные и противовоспалительные средства, биостимуляторы, миорелаксанты), цветоимпульсную и электронейроадаптивную терапию, СМТ (синусоидально-модулированные токи).

В результате проведенного анализа установлено, что в группе, в состав лечебных мероприятий которых входила ЛФК по М.В. Девятовой болевой синдром был купирован более точно (60%) и на 30% быстрее.

Спустя шесть месяцев от предыдущего исследования было проведено повторное тестирование продолжающее первоначально подобранный комплекс лечебных упражнений.

Отмечена была более стойкая и вырожденная ремиссия заболевания у лиц, составляющих 1 группу по сравнению с нейтральной.

Следовательно, включение в комплекс терапевтических мероприятий патогенетически обоснованной лечебной физкультуры способствует повышению эффективности реабилитационных мероприятий.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У СПОРТСМЕНОВ

Загорская Н.А., Гойденко В.С., Загорская В.Л.

г. Москва, РФ, РМАПО

Целью работы является выявление дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника у спортсменов вследствие микро- и макротравм связочного, хрящевого и костного аппарата позвоночника. Изучение эффективности ком-

плексной терапии дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника после длительных интенсивных физических нагрузок.

Объект исследования — спортсмены, занимающиеся силовыми видами спорта, и спортсмены, тренирующиеся на выносливость. Методы исследования — рентгенография позвоночника, ядерно-магнитно-резонансная томография, реовазография, функциональные пробы с физической и фармакологической нагрузкой, ЭКГ.

Обследовано 108 человек, из них 69 мужчин и 39 женщин в возрасте от 16 до 34 лет. Контрольную группу составили 20 человек. Среди обследованных 66 человек тренировалось в силовых видах спорта, 42 — в видах спорта на выносливость.

Характерные изменения позвоночника (грыжи Шморля, грыжи межпозвоночных дисков, дископсидилокорешковый конфликт и др) были выявлены у 98% обследуемых. При этом, у пациентов с жалобами на боли в спине наиболее часто встречался корешковый синдром-85% обследуемых спортсменов с постоянной физической перегрузкой позвоночника: борцы, штангисты, гребцы, спортивные гимнасты.

Проводимая дифференцированная комплексная терапия включала элементы мануальной терапии с биодинамической коррекцией миофасциальных синдромов, вакуумный и ручной массаж(сегментарный, точечный, классический), акупунктуру, цветоимпульсную терапию, ЛФК, электронейроадаптивную стимуляцию, гомеопатию. Под влиянием сочетанной терапии наблюдалась положительная динамика: исчез или значительно уменьшился болевой синдром — 95%, жалобы на слабость, усталость — 100%.

Рентгенологический регресс заболевания достигнут в 55% случаях. Спортсмены, у которых физическое перенапряжение вызвало развитие болевого синдрома, должны быть госпитализированы в клинику для проведения необходимого объема исследований и реабилитации. Разработанная методика комплексной терапии позволяет значительно уменьшить число осложнений дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, ведущих к инвалидности.

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Зоидбоев З.М., Одинаев Ф.И., Восидов З.В., Хашимова П.Р.,
Хомидов Б.Х.**

Республика Таджикистан, г. Душанбе, Таджикский НИИ профилактической медицины,

г.Исфара, Республиканский межколхозный санаторий "Зумрад"

Актуальность совершенствования лечения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы не вызывает сомнения (Визир А.Д., Дунаев В.В. и соавт.1995; Бритов А.Н. 1997; Шувалова И.Н.и соавт.2001).

Под наблюдением находились 60 больных (36 мужчин и 24 женщин) с гипертонической болезнью (ГБ) в возрасте от 35 до 69 лет. ГБ I стадией было 22 чел.(36,7%), II стадией 38 чел.(63.3%).

Всем больным программа санаторно-курортного лечения включала использование

климатических факторов, ЛФК, четырехразовое диетическое питание, прием сульфидных ванн источника "Оби-шифо" по дифференцированной методике с учетом типа гемодинамики, в виде общих и камерных ванн с различной концентрацией, температуры и продолжительностью, электросон.

Процедуры назначались с соблюдением правил совместимости и несовместимости бальнеофизиопроцедур.

Влияние санаторного лечения на перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантную защиту (АЗ) у больных ГБ изучалось в динамике по приезду и в конце пребывания в санаторий. Контролем служила сыворотка крови 21 здоровых людей в возрасте от 21-65 лет, проживающих на территории и вблизи санатория.

Для оценки эффективности сульфидных ванн в лечении больных ГБ, после определения показателей ПОЛ и АЗ были выделены соответствующие группы больных, находившихся на лечении с использованием всего комплекса лечебных факторов включая сульфидные ванны и группа больных не получавших сульфидные ванны.

В комплекс лечения этих групп больных вместо сульфидных ванн назначались жемчужные ванны.

Все исследования проводились на спектрофотометре СФ-46; гидроперекиси (ГП) по методу Л.А.Романовой, И.Д.Стальной, диеновые конъюгаты (ДК) по И.Д.Стальной, малоновый диальдегид (МД) по И.Д.Стальной, Т.Г.Гаришвили и активностью каталазы по М.А.Каролук.

Содержание ГП у больных составляло в среднем $0,190 \pm 0,01$ усл. ед. ($P < 0,001$), а после проведенного курса лечения, включающего сульфидные ванны, снизилось до $0,160 \pm 0,007$ усл.ед. ($P < 0,01$), в контрольной группе $0,143 \pm 0,01$ усл.ед. В группе больных, не получавших сульфидные ванны снижение концентрации ГП составляло в среднем $0,175 \pm 0,01$ усл.ед.

Содержание ДК у больных до лечения составляло в среднем $0,295 \pm 0,02$ мкмоль/мл

($P < 0,001$), после лечения составляло в среднем $0,245 \pm 0,01$ мкмоль/мл ($P < 0,01$), в контрольной группе $0,210 \pm 0,01$ мкмоль/мл. В группе больных, не получавших сульфидные ванны, снижение содержание ДК составляло в среднем $0,260 \pm 0,03$ мкмоль/мл.

Концентрация МД у больных до лечения составляла в среднем $0,720 \pm 0,02$ мкмоль/мл

($P < 0,01$), после лечения составляла в среднем $0,630 \pm 0,03$ мкмоль/мл ($P < 0,02$), в контрольной группе $0,619 \pm 0,03$ мкмоль/мл. В группе больных, не получавших сульфидные ванны, содержание МД составляло в среднем $0,680 \pm 0,02$ мкмоль/мл.

Исследование активности фермента антирадикальной защиты показывает, что уровень каталазной активности сыворотки крови у прибывших на лечение больных ГБ был угнетен и

составлял в среднем $101,9 \pm 3,7$ ммоль/л ($P < 0,001$), в контрольной группе $201,1 \pm 8,4$ ммоль/л,

после лечения с включением в комплекс сульфидных ванн, отмечалось повышение каталазной активности крови и ее уровень составлял в среднем $160,9 \pm 3,9$ ммоль/л ($P < 0,02$). В группе больных не получавших сульфидные ванны повышение каталазной активности было менее выраженным составляло в среднем $148,4 \pm 1,6$ ммоль/л.

Таким образом, в процессе лечения, особенно с включением в комплексе сульфидных ванн происходит снижение содержание продуктов ПОЛ и усиление АЗ организма по сравнению с исходными у больных ГБ, что является важным немедикаментозным средством в реабилитации больных.

МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СПОРТСМЕНОВ

Ивановская Т.В.

г. Ростов-на-Дону. Государственное учреждение здравоохранения "Врачебно-физкультурный диспансер" Ростовской области

Оптимизация учебно-тренировочного процесса в институтах физической культуры, где сочетаются умственные нагрузки с высоким уровнем физических нагрузок, требуют разработки методов оперативного контроля. С этой целью нами на базе отделения функциональной диагностики ГУЗ "ВФД" РО разработана система комплексного валеологического контроля <<Паспорт здоровья>>. Система позволяет оценить в баллах как общий уровень здоровья, так и уровень функционального состояния основных систем организма. В данном сообщении представлен фрагмент углубленного медицинского обследования студентов поступивших в РГПУ в 1995 году.

Оценено функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, вегетативного обеспечения органов и систем организма, уровень общей метаболической и аэробной готовности (По Душанину), устойчивость тканей к гипоксии (Проба Штанге), весоростовой показатель. Обследовано: 55 человек в возрасте 17-19 лет (38 мужчин и 17 женщин).

По уровню здоровья контингент поступивших на I курс выглядит следующим образом: уровень здоровья у 52% мужчин и у 47% женщин оценен как удовлетворительный. Низкий уровень имеют 10% мужчин и 5% женщин. В целом по группе по сравнению с нормативами отмечается снижение весоростового индекса на 6% у мужчин и на 16% у женщин. Показатель общего энергетического потенциала (Дифф. ЭКГ по Душанину) снижен на 15% у мужчин и на 16% у женщин. Уровень аэробной подготовки в среднем оценивается как сниженный у мужчин (72% от МПК), у женщин как средний уровень. Адаптационный показатель сердечно-сосудистой системы (По Баевскому) удовлетворительный и у мужчин, и у женщин.

По данным ЭКГ отмечается нарушение процессов реполяризации миокарда у 16% студентов. Нарушения адаптационных механизмов органов и систем (ЭПД по Фоллю): желчевыводящей системы — 59%; тонкого и толстого кишечника — 34%; желудка — 21%; сосудистой системы — 23%; почек — 17%; поджелудочной железы — 14%; миокарда — 5%; эндокринной системы — 5%.

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Ивасюк Г. В.

Россия, г. Хабаровск, институт повышения квалификации сотрудников здравоохранения, Краевая клиническая больница № 2

Актуальность проблемы восстановительного лечения при внутрисуставных повреждениях обусловлена частотой данной патологии, достаточно высоким процентом неудовлетворительных функциональных результатов, длительным периодом нетрудоспособности и частой инвалидизации. Традиционный подход к восстановительному лечению, как к чему-то отдаленному, последующему, приводит к потере времени, формированию стойких смешанных контрактур, анкилозированию сустава. Другая сторона этой проблемы заключена в необоснованно ранних нагрузках на поврежденную конечность при недостаточном объеме движения в поврежденном суставе и смежных с ним. Причем, не играет роли собственно период лечения, это одинаково опасно как при иммобилизационном, так и при постиммобилизационном периоде ведения таких больных.

Принцип моей работы заключается в наиболее быстром восстановлении в первую очередь объема движения в данной конечности. В иммобилизационном периоде все упражнения проводятся только в облегченных условиях. В течение первых 2-3 дней проводится массаж области верхнего или нижнего пояса конечностей, затем посуставная пассивная гимнастика с учетом всех плоскостей движения. Начиная с 4-5 дня, включаю комплекс упражнений для соответствующей пары конечностей. Обязателен визуальный контроль самого больного за собственной здоровой конечностью при выполнении упражнений. При работе с верхними конечностями больной усаживается на стандартный стул, опираясь спиной о спинку стула, перед зеркалом. Врач садится спиной к зеркалу и лицом к больному, что позволяет осуществлять контроль над правильностью выполнения упражнений. При работе с нижними конечностями больной полусидит в кровати с прямыми ногами, врач стоит в изножье кровати лицом к больному. Упражнения начинаются с дистальных отделов конечностей. Вначале выполняются на здоровой стороне, затем повторяются активно или идиомоторно на поврежденной. Изометрические напряжения включаются на более поздних, чем обычно, этапах лечения. Обусловлено это необходимостью сохранить природную гипотрофию мышц, что понадобится на последующих этапах восстановительного лечения. Как только больной освоит основные движения, появятся самостоятельные произвольные движения в свободных от иммобилизации суставах поврежденной конечности, комплекс расширяется за счет предметной гимнастики.

Таким образом, к моменту снятия средств иммобилизации достигается практически полный объем движений в свободных от иммобилизации суставах. Дальнейшая работа направлена на увеличение объема движения в самом поврежденном суставе. Принцип работы остается прежним. Нагрузка, как осевая при повреждении нижних конечностей, так и весовая при повреждении верхних конечностей, вводится не ранее, чем будет достигнут объем движений не менее 2/3 от функционального.

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ЛИНИИ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Игнатъев В.Г., Потапов А.Ф., Андреев Б.В., Михайлова В.М.

Республика Саха (Якутия), г. Якутск, медицинский институт, кафедра общей хирургии и травматологии, Центр экстренной медицинской помощи

Острая гнойная хирургическая патология брюшной полости является одной из актуальных проблем экстренной медицины, поэтому организация своевременной помощи при развитии перитонита играет важное значение. Особенно это актуально в регионах, где оказание экстренной специализированной помощи имеет свою специфику. Республика Саха (Якутия) занимает площадь 3140 тыс. кв. км. Обширность территории, отдаленность населенных пунктов, слабая сеть транспортных коммуникаций, а также низкая плотность населения являются объективными факторами, затрудняющими обеспечение своевременной специализированной помощи. В этих условиях особая роль принадлежит санитарной авиации.

В среднем санитарной авиацией, в год обслуживается около 2000 вызовов, оказывается медицинская помощь более 12000 больным и пострадавшим, транспортируются в лечебные учреждения до 3200 пациентов. Из всех санитарных заданий, экстренные вызовы составляют 98,7%, среди которых острая абдоминальная хирургическая патология имеет значительную долю.

Всего за период с 1998 по 2001 гг. в отделение санитарной авиации ЦМК из лечебных учреждений республики поступило 3865 экстренных вызова, из которых 377 (9,76%) — по поводу острой гнойно-воспалительной патологии брюшной полости. Возраст больных составил от 16 до 88 лет (средний возраст 37,8 13,7 лет). Отмечено, что в 2000 и 2001 гг., по сравнению с предыдущими годами, количество санитарных заданий заметно прибавилось.

В 74 случаях перитонита, для оказания экстренной помощи, санитарным транспортом доставлены врачи хирурги и анестезиологи-реаниматологи. Необходимость доставки специалистов к пациентам вызвана отсутствием в некоторых районных больницах квалифицированных врачей, особенно в период отпускного сезона (лето-осень).

Эвакуация пациентов в лечебные учреждения является одной из основных задач, выполняемых санитарной авиации. Всего за последние четыре года транспортировано 286 больных. Преобладает транспортировка из отдаленных населенных пунктов в центральные районные больницы (209 больных), где проводятся лечебно-диагностические мероприятия и экстренные операции. В специализированные отделения Республиканского центра экстренной медицинской помощи (РЦЭМП) транспортировано 77 пациентов. Показанием к переводу в РЦЭМП в большинстве случаев явились тяжелые послеоперационные перитониты требующие проведения активного хирургического и реанимационного лечения с применением новых медицинских технологий.

Одним из основных показателей своевременности оказания экстренной медицинской помощи является время выполнения санитарного задания, которое в течение четырех последних лет отчетливо снижается. Так, если в 1998 году среднее время выполнения санзадания составило 6,1 4,5 часа, то в 2001 году — 4,6 3,4 часа.

Анализ нозологии гнойной хирургической патологии брюшной полости показывает, что преобладают острый аппендицит и травма живота, которые явились вместе причиной санитарных вылетов в 47,0 % случаев. Острые воспалительно-деструктивные заболевания гепатобилиарной системы наблюдались в 17,7% санзаданий: острый холецистит — 13,5% и острый панкреатит (панкреонекроз) — 4,2% случая. Спаечная болезнь, приведшая к острой кишечной непроходимости и развитию перитонита, составила 13,3% вылетов (50 пациентов). У 20 (5,3%) больных причиной обращения к помощи санитарной авиации явилась перфоративная язва желудка (двенадцатиперстной кишки). Причиной остальных санитарных вызовов — 16,7% явился перитонит, развившийся при онкологической патологии кишечника, ущемленные грыжи и др.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют, что хирургическая абдоминальная инфекция является одной из актуальных проблем ургентной медицины республики. Территориальная система организации специализированной экстренной медицинской помощи при этой патологии предусматривает обязательное применение санитарной авиации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

**Игнатъев В.Г., Винокуров М.М., Михайлова В.М., Потапов А.Ф.,
Тарасов А.А., Гаврильев С.Н.**

*Республика Саха (Якутия), г. Якутск, медицинский институт, кафедра общей
хирургии и травматологии, Центр экстренной медицинской помощи*

Диагностика и лечение повреждений ободочной кишки до настоящего времени остается одной из актуальных проблем экстренной хирургии. По данным разных авторов (Петров В.П. и соавт., 1997 г., Луцевич Э.В. и соавт., 1999 г., Абакумов М.М. и соавт., 2000 г. и др.) частота повреждений ободочной кишки составляет 4-50 % всех повреждений органов брюшной полости, а летальность 4-19 %.

В хирургических отделениях Республиканского центра экстренной медицинской помощи за 5 лет (1996-2001г.г.) с повреждениями ободочной кишки пролечено 149 пострадавших, мужчин было 131 (88 %), женщин — 18 (12 %). В основном пострадавшие были в возрасте от 20-30 лет — 72 (48,3 %) и 31-40 лет — 46 (30,9 %).

Причинами повреждения ободочной кишки явились следующие факторы: закрытая травма живота в 25 (16,8 %), колото-резаные раны в 106 (71,1 %), огнестрельные ранения в 18 (12,1 %) случаях. Множественная и сочетанная травма была у 93 (62,4 %) пострадавших. Травма ободочной кишки сочеталась с повреждениями грудной клетки, переломами тазовых костей и конечностей, черепно-мозговой травмой. Торакоабдоминальные ранения выявлены в 24 (16,1 %) случаях. В состоянии шока различной степени тяжести доставлено 69 (46,3 %) пострадавших. Почти 40 % пациентов при поступлении находились в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.

Всем больным выполнялась срединная лапаротомия под эндотрахеальным наркозом. При ревизии особенно тщательно осматривался брыжеечный край кишки для своевременного выявления небольших ран, прикрытых гематомой. Из всех повреждений в 67 (45 %) случаях имелись повреждения поперечной ободочной кишки. Сигмовидная кишка повреждена — у 17 (11,4 %), нисходящая ободочная кишка — у 13 (8,7 %), слепая — у 11 (7,4 %), восходящая ободочная кишка — у 11 (7,4 %) и прямая кишка — у 14 (9,4 %) пострадавших. У 27 (18,1 %) пациентов была повреждена только брыжейка ободочной кишки. Изолированная травма толстой кишки встретилась у 56 (37,6 %) пострадавших. У 25 (16,8 %) человек была травма более двух органов брюшной полости. В 10 (6,7 %) случаях поврежденными оказались сразу несколько отделов толстой кишки одновременно. Сквозные ранения кишки были у 44 (29,5 %) пострадавших. Перитонит при поступлении диагностирован у 15 (10,1 %).

Все колото-резаные раны ободочной кишки после иссечения краев ушивались, проксимальная колостома не накладывалась. При множественных ранах на небольшом участке, повреждении брыжейки с нарушением питания кишечной стенки производили резекцию ободочной кишки.

Из 149 оперированных резекция ободочной кишки произведена нами у 12 (8,1 %) пострадавших. Операция завершена выведением одноствольной колостомы у 9 больных и у 3 — наложением первичного анастомоза. В 1 случае анастомоз дополнен разгрузочной колостомой.

При огнестрельных ранениях ободочной кишки особенностью лечения является операция с учетом зоны контузионного синдрома. Из 18 оперированных с огнестрельными дробовыми ранениями ободочной кишки у 10 произведено ушивание ран. В 2 случаях ушивание раны дополнено разгрузочной колостомой. У 4 пострадавших с огнестрельными пулевыми ранениями произведена резекция кишки. Первичный анастомоз сформирован в одном случае. У остальных операция завершена колостомой.

Осложнения после операции были у 22 (14,8 %) пострадавших. В 18 наблюдениях перитонит: в 5 — позднее обращение, в 12 — несостоятельность ушитых ран, в одном — отрыв колостомы. В 2 случаях послеоперационный период осложнился кровотечением (у одного ДВС-синдром, у другой — эрозивное кровотечение из сосудов прямой кишки). Всем этим больным была произведена релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. При несостоятельности швов участок кишки выводился на переднюю брюшную стенку или производилась резекция кишки с колостомой. У 2 пострадавших с травмой прямой кишки — пузырьно-прямокишечные свищи, которые закрылись после консервативного лечения.

После операции умерли 13 (8,7 %) пострадавших. 7 пострадавших умерли в первые сутки от тяжелого шока и кровопотери, 5 умерли от перитонита: в 2 случаях из-за позднего обращения, в 2 — несостоятельности швов, в 1 — в результате эрозивного кровотечения из сосудов прямой кишки.

Таким образом, тактика при повреждениях ободочной кишки должна быть строго индивидуальна с учетом характера повреждения, степени нарушения кровоснабжения поврежденного участка кишки, тяжести состояния пострадавшего и сроков поступления.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СВЕТОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАМПЫ "БИОПТРОН" В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Каримова З.Ф., Макеева Г.К., Стрекалова Л.Ф., Аскарлова З.З.

г. Уфа, Республика Башкортостан, Башкирский государственный медицинский университет, муниципальная клиническая больница №5

В последние годы увеличивается количество больных пожилого и старческого возраста, поступающих в стационар в связи с острыми воспалительными заболеваниями или обострением хронической патологии внутренних органов и опорно-двигательного аппарата, которые часто отличаются тяжелым затяжным течением.

Возрастные изменения функционального состояния жизненно важных органов, а также наличие, как правило, нескольких сопутствующих заболеваний затрудняют проведение эффективной медикаментозной и традиционной физиотерапевтической терапии. В этой связи представляет интерес лечение поляризованным светом с использованием лампы "Биоптрон" фирмы "Цептер". Излучение лампой "Биоптрон" линейно-поляризованного полихроматического света в волновом диапазоне от 400 до 200 нм обуславливает его проникновение в ткани до 2,5 см, стимулирует процессы микроциркуляции и регенерации, определяет противовоспалительный эффект. Небольшой энергетический диапазон поляризованного света безвреден для организма, что особенно важно в геронтологической практике.

В условиях стационара (больница №5 г.Уфы) указанный метод лечения был использован в комплексной терапии больных пожилого возраста с острыми пневмониями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Под динамическом наблюдением находилось 66 больных с внебольничной пневмонией средней степени тяжести и 38 больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (деформирующим полиостеоартрозом и распространенным остеохондрозом) в возрасте от 60 до 72 лет, в комплексную терапию которых включалось лечение лампой "Биоптрон". Воздействие проводилось на отдельные точки по 2 минуты не менее 4-х полей на расстоянии 3 см от поверхности тела. Определение полей воздействия поляризованным светом проводилось с учетом локализации пневмонии, а у больных с патологией опорно-двигательного аппарата — с учетом наиболее выраженных болевых зон. Курс лечения состоял из 6-20 ежедневных процедур.

Лечение поляризованным светом способствовало более ранней медицинской реабилитации больных с пневмонией — исчезновению явлений интоксикации и катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, купированию

одышки и болей в грудной клетке, исчезновению перкуторных и аускультативных признаков пневмонии. Отмечалось достоверное уменьшение рестриктивных и обструктивных изменений по показателям спирографии.

У больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата отмечался стабильный анальгезирующий эффект бионикотерапии уже после 3-х процедур. Через 6-8 процедур уменьшались явления воспаления, а после 10-12 и наблюдалось увеличение двигательной активности пораженных суставов. При лечении больных лампой "Биоптрон", каких-либо побочных явлений или осложнений не наблюдалось.

Таким образом, метод бионикотерапии раскрывает новые физиотерапевтические возможности в лечении больных пожилого возраста.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ИНФРАКРАСНОЙ САУНЫ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Карпатский А.А., Ершов И.А., Зимин Ю.В.

Российская Федерация, г. Москва, Медицинский Центр Управления делами Президента Р.Ф., санаторий "Барвиха"

В санаторном восстановительном лечении пациентов при различной патологии широко используются физические факторы воздействия. В последнее время стала внедряться новая современная технология воздействия на организм человека инфракрасным спектром тепловых лучей строго определенной длины волны, от 4,5 до 5,5 микрон, позволяющих при меньшей общей температуре в сауне (60-65 С) достичь более глубокого прогревания тела (до 4 см.).

В комплексном лечении пациентов в санатории нами использованы сеансы инфракрасного облучения в специальной кабине (сауне) из красного канадского кедра. Разработана методика приема процедур инфракрасной сауны в зависимости от диагноза и функциональных возможностей пациента по 3 схемам (1 раз в неделю, продолжительностью 15-20 мин., 2 раза в неделю, продолжительностью 20-25 мин. и 3 раза в неделю продолжительностью 25-30 мин.). Процедуры инфракрасной сауны использованы у 29 пациентов (15 жен. и 14 муж.) в возрасте 21-65 лет с диагнозом остеохондроза позвоночника, ИБС, гипертонической болезни. Во время курса процедур инфракрасной сауны базисной медикаментозной терапии у больных не меняли. Контроль за состоянием пациентов осуществлялся до и после процедуры и по завершении курса по данным ЧСС, систолического и диастолического АД, массы тела и ЭКГ. Каждая про-

цедура инфракрасной сауны сопровождалась снижением массы тела в среднем на 0,3 кг. и систолического АД на 5 мм. рт. ст. После завершения курса пациенты отмечали улучшение общего физического состояния. Каких-либо побочных эффектов от процедур отмечено не было. Проведенное нами "пилотное исследование" свидетельствует о достаточной эффективности методики инфракрасной сауны. Однако, вопрос о деталях процедуры требует дальнейшего более углубленного исследования (особенно в пожилом возрасте у лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ АДАПТИВНЫМ СПОРТОМ

Кобзев Ю.А., Астафьева Н.Г., Храмов В.В.

г. Саратов, Саратовский государственный медицинский университет

В процессе реабилитации инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата (ОДА) оценка качества жизни (КЖ) может оказаться наиболее верным ориентиром при выборе оптимального типа жизнедеятельности. При этом КЖ рассматривается как удовлетворённость человека своим, физическим, психическим, социальным благополучием и определяется тем, насколько болезнь не позволяет ему жить так, как он хотел.

Целью проводимого исследования было изучение КЖ инвалидов с поражениями ОДА, занимающихся адаптивным спортом высоких достижений. В качестве метода оценки КЖ использовалась русскоязычная версия общего вопросника SF-36 (Item Short Form Health Status Survey). В основную группу включены инвалиды с утратой одной или обеих нижних конечностей, занимающиеся адаптивным спортом — победители и призёры национальных, европейских и мировых первенств, мастера адаптивного спорта, представляющие такие дисциплины как волейбол сидя, адаптивное плавание, адаптивный стрелковый спорт. Контрольные группы представлены инвалидами с поражениями ОДА, незанимающимися физкультурой и спортом (К1) и практически здоровыми профессиональными спортсменами.

При сравнении показателей КЖ спортсменов-инвалидов и инвалидов, не занимающихся спортом (К1) отмечены значительно лучшие оценки КЖ у лиц с более высоким уровнем двигательной активности. Занятия адаптивным спортом наиболее активно влияют на категории характеризующие психо-социальный статус пациентов. Уровень КЖ инвалидов-спортсменов практически не имел отличий ($p > 0,05$) от профессиональных спортсменов (К2) по таким шка-

лам как "психическое здоровье" ($69,2 \pm 6,1$ и $72,8 \pm 6,4$), "социальная активность" ($85,2 \pm 8,1$ и $75,6 \pm 8,0$), "роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности" ($76,7 \pm 15,8$ и $74,6 \pm 14,2$), "боль" ($77,0 \pm 10,5$ и $79,3 \pm 11,3$), "жизнеспособность" ($73,0 \pm 5,9$ и $72,1 \pm 5,6$ баллов). Категории, отражающие взгляды респондентов на "общее здоровье", "роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности" и "физическую активность" имели достоверные различия ($p < 0,05$) в основной и контрольных группах.

Уменьшение локомоторных возможностей при поражениях ОДА приводит к существенному снижению КЖ инвалидов. На этом фоне, занятия адаптивным спортом способствуют нормализации психоэмоционального статуса инвалидов, уменьшению чувства ущербности, депрессии, преодолению социальной изоляции, формированию здоровых жизненных амбиций, желанию занимать активное положение в обществе.

ВЛИЯНИЕ ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, ТАЗОВОГО РЕГИОНА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кокоулин А.Г., Иванюлов Е.А., Дробышев В.А.

г. Новосибирск, государственная медицинская академия

Остеохондроз (ОХ) позвоночника остается одним из распространенных хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата. Шейный и пояснично-крестцовый регионы позвоночника наиболее часто подвержены ОХ в силу значительных динамических и статических нагрузок. В последние годы все большее внимание уделяется оценке нарушений биомеханических цепей и их оптимальной коррекции.

Результаты собственных наблюдений позволяют по-новому взглянуть на общепринятые монорегионарные подходы к патобиомеханическим нарушениям в позвоночнике.

Целью исследования явилась оценка имеющихся патобиомеханических нарушений поясничного отдела позвоночника, тазового региона и нижних конечностей и их связи с клиническими проявлениями остеохондроза шейного отдела позвоночника (ШОП).

Было обследовано 28 больных с рентгенологическими и клиническими признаками остеохондроза ШОП. Всем пациентам проводилось нейроортопедичес-

кое исследование тазового региона и нижних конечностей, мануальное тестирование, рентгенография поясничного отдела позвоночника (ПОП). По результатам обследования у 22 человек (70%) клинические признаки остеохондроза сочетались с биомеханическими и ортопедическими нарушениями как в ШОП, так и в ПОП, тазу и нижних конечностях. И лишь у 6 человек (30%) выявлялись изменения только в шейном отделе позвоночника.

У 7 человек (31,8%) имела место блокада дугоотростчатых суставов с ограничением подвижности соответствующих позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), а также рефлекторное одностороннее укорочение глубоких ротаторов ПОП с возникновением латерофлексии и ротации позвоночника. При блокаде крестцово-подвздошных сочленений (КПС) происходило ограничение подвижности одного из сочленений, что приводило к флексии туловища на стороне блокирования и ротации в противоположную сторону. В результате происходило сколиозирование поясничного отдела позвоночника на стороне блокады КПС, которая наблюдалась у 12 человек (54,6%). Продольное плоскостопие приводило к гомолатеральному укорочению конечности на величину уменьшения свода стопы и наклону таза в эту сторону у 3 человек (13,6%). Эти изменения приводили к сколиозированию ПОП, компенсаторно вызывая искривления вышележащих грудного и шейного отделов позвоночника. Большая подвижность шейного отдела позвоночника по отношению к грудному отделу приводила к его перегрузке, дегенеративным изменениям с возникновением алгических, миодистонических и вегетативных проявлений.

Таким образом, у большинства больных с остеохондрозом ШОП выявляются сочетанные нарушения, зависящие от нижележащих отделов опорно-двигательного аппарата, что следует учитывать при назначении адекватного лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРО-АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ СИНДРОМЕ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

Колесник М.А.

г. Челябинск, государственный педагогический университет, медицинский центр профилактики и оздоровления

Тревожные синдромы являются распространенными проявлениями психической дезадаптации и могут развиваться как самостоятельные реакции, так и входить в структуру соматических заболеваний. Вегетативная дисфункция, возни-

кающая в результате эмоционального конфликта или психосоциальных проблем, может касаться различных органов и систем организма. Курс лечения транскраниальной электроанальгезией был проведен на аппарате "ЛЭНАР" и составил 10 сеансов без применения психотропных препаратов у 123 больных вегетососудистой дистонией.

Изучение психологических характеристик больных проводилось по шкале Спилберга-Ханина (определение степени реактивной и личностной тревожности) до и после применения ТЭА. Предлагаемый тест является достаточно надежным, информативным и удобным в использовании самооценки уровня тревожности.

При интерпретации тревожности использовались следующие ориентированные оценки: до 30 — низкая тревожность, 31-45 — умеренная тревожность, 46 и больше — высокая тревожность. При изучении тревожности данный симптом отмечался с разной степенью выраженности у 123 человек: у 87 человек отмечалась высокая степень выраженности данного симптома, у 34 пациентов отмечалась средняя степень выраженности, у 2 человек выявлена слабая степень выраженности данного симптома до проведения ТЭА. У 105 человек после проведенной транскраниальной электроанальгезии этот симптом исчез вообще, что соответственно составило 85% и сохранился у 18 пациентов со слабой степенью выраженности симптома тревожности, что соответственно составило 15%. Оценка показателей личностной тревожности составила 61,2 до применения ТЭА, и 30,6 после транскраниального воздействия, при реактивной тревожности 51,7 и 30,1 соответственно.

Психосоматические взаимоотношения являются мощным фактором, определяющим состояние здоровья. Косвенным путем судить об эффективности социально-психологической адаптации можно по уровню психоэмоционального напряжения центральной нервной системы человека. Оценка уровня тревожности представляется важным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Таким образом, исследование показателей тревожности позволяет не только определить уровень здоровья, но и прогнозировать эффективность транскраниального воздействия в программе восстановительных мероприятий при дисфункциях различных систем организма.

РОЛЬ ЛФК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Колчин Д.В., Челахова Е.Ф.

*г. Тольятти, ГДБ №1, травматолого-ортопедическое отделение;
ЦМТ АО "АвтоВАЗ", педиатрическое отделение*

Сколиоз — одно из самых распространенных ортопедических заболеваний, которое носит неуклонно-прогрессирующий характер, вызывает нарушения со стороны жизненно важных органов и систем, зачастую приводя к инвалидности. Очень важно остановить данное заболевание на ранних этапах его развития. Целью работы ортопедического детского сада № 201 г.Тольятти "Волшебница" является ранняя диагностика данной патологии и проведение своевременного эффективного лечения сколиоза. Для ранней диагностики сколиоза мы выявляем у детей во время осмотра симптом атипичного роста волос в области спины, напоминающий рисунком раковину улитки (патент на изобретение № 2144309). В детском саду организован для детей специальный двигательный режим, который включает утреннюю гимнастику; занятия ЛФК в зале под руководством инструктора ЛФК 2 раза в день по 30 минут; физкультминутки во время умственных занятий, в течение которых ребенок находится в положении сидя минимальное время; прогулку с подвижными играми; индивидуальные занятия дома под наблюдением родителей продолжительностью 20-30 минут. На протяжении дня проводится многократная коррекция осанки перед зеркалом у стены. Ребенок принимает правильное положение у гладкой стены без плитуса, соприкасаясь с ней пятью точками: затылком, лопатками, ягодицами, икроножными мышцами и пятками, зрительно проверяет осанку. Дома это же упражнение (например, у двери) дети выполняют под контролем родителей. Одним из принципов лечения сколиоза является выработка "чувства правильной осанки". Формирование осанки базируется на мышечно-суставном чувстве, которое позволяет ощущать положение частей тела и зрительно контролировать его. Рабочие места детей оснащены массажными колючими ковриками, на которые дети ставят стопы. Часть занятий проводится в положении стоя, другая — в положении лежа на ковре. Во время занятий проводятся физкультминутки при появлении признаков утомления. Во время прогулки проводятся игры на свежем воздухе, способствующие закаливанию детей и созданию общего благоприятного эмоционального настроения. Основной комплекс ЛФК начинаем с разминки: дыхательных, общеукрепляющих упражнений, ходьбы по дорожке "Здоровье", включающей набор тренажеров, массажных ковриков, ящиков с галькой, расположенных по кругу, островками или в виде геометрических фигур. При выполнении отдельных упражнений дети пользуются предметами: палками, мячами (разного размера, веса), больши-

ми гимнастическими мячами и т.д. Для всех видов искривления позвоночника характерно снижение силы мышц спины, поэтому в основной части комплекса ЛФК преобладают разгрузочные исходные положения: лежа на спине, животе, стоя на четвереньках. На занятиях избегаем подъемов тяжести в положении стоя, длительного бега, соскоков, прыжков. Наряду с динамическими упражнениями используем и статические, при которых мышцы работают в изометрическом режиме. Сочетание динамических и статических упражнений способствует повышению силы и выносливости мышц. В организации занятий ЛФК осуществляем индивидуальный подход в проведении коррекции осанки, определяем ограничения в каких-либо движениях и физической нагрузке, а также длительность, темп двигательной деятельности, подбор упражнений. Активно используем на занятиях упражнения с тренажерами по индивидуальным карточкам-пиктограммам, в которых обозначаем последовательность выполнения определенных упражнений, их количество. Нами разработаны отдельные комплексы упражнений для детей с различными видами деформации позвоночника. При сколиозе проводится комплекс упражнений 2 раза в день по 30 минут. При лордосколиозе и кифосколиозе часть упражнений отличается. При лордосколиозе подкладываем валик при выполнении упражнений в положении лежа на животе. Дополнительно выполняются упражнения: поочередное подтягивание согнутого колена к плечу, "колобок", "велосипед", "кошечка" (добрая и злая), "ножницы", "сестрелечь". При кифосколиозе часть упражнений проводится в положении лежа на животе и направлена на переразгибание позвоночника ("лодочка", "самолет", "ласточка" и др.). Для формирования правильной осанки и коррекции искривления позвоночника у детей младшего возраста нами разработан комплекс упражнений в виде игр: "как стоять", "найди правильный след", "встань, как я", "приседания у стены", "аист", "каток", "не урони мешочек", "пастухи и овцы", "в лесу", "обезьяны" и другие. Например, игра "аист" учит детей стоять на шаблоне на одной ноге, сохраняя правильную осанку и равновесие. Играя в "пастухи и овцы", дети выполняют упражнения с палкой за спиной и за головой, а при игре в "обезьяны" — упражнения на гимнастической стенке и скамейке. Во время игры "в лесу" дети ползают и ходят на четвереньках, подражая разным животным. Игра "не урони мешочек" учит малышей переносить предметы на голове, выполняя повороты, приседания и т.п. Дети всегда максимально активны и заинтересованы в выполнении упражнений, если они преподносятся в виде игр. Кроме ЛФК для лечения сколиоза в детском саду № 201 мы используем корректирующие упражнения в воде, массаж и гидромассаж, сауну. Занятия в плавательном бассейне способствуют самовытяжению позвоночника, естественной разгрузке при одновременном укреплении мышц. В воде улучшается обмен веществ, совершенствуется координация движений. Хороший эффект на опорно-двигательный аппарат оказывает сауна: улучшает кровообращение, обменные процессы, трофику мышц, оказывает се-

дательное действие на нервную систему. Для лечения сколиоза широко применяем физиотерапевтическое лечение: электрофорез, электростимуляцию, УФО, магнитотерапию. Нами изучена эффективность лечения сколиоза в детском саду № 201 за период с 1998 по 2001 годы. Отмечается снижение заболеваемости сколиозом с 11% в 1998 году до 5,3% в 2000 году, которое стойко сохраняется и в 2001 (5,6%). Достигнутые успешные результаты являются следствием ранней диагностики и правильной организации комплексного лечения сколиоза у детей.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ (10-ЛЕТНИЙ СРОК НАБЛЮДЕНИЙ)

Колчин Д.В., Федоров Ю.Ю.

г. Тольятти, Россия, детская городская больница № 1, отделение травматологии и ортопедии

Для ранней диагностики высокого врожденного стояния лопатки (болезни Шпренгеля) используем клинический признак: рост волос на коже спины, рисунком напоминающий раковину улитки. Центр такого "завихрения" волос у пациентов, страдающих болезнью Шпренгеля, располагается в области нижнего угла лопатки на стороне патологии. Данный признак используется нами при скрининговых медицинских осмотрах детей. В случаях ранней диагностики I и II а степени заболевания получали хорошие результаты после проведения консервативного лечения. В случаях поздней диагностики, при II б, III степенях болезни по классификации Ю.А.Веселовского применяли оперативный метод лечения по П.Я.Фищенко, который заключался в поднадкостничном низведении лопатки после резекции измененной (загнутой вперед) надостистой ее части, добавочной омовертебральной кости (или фиброзного тяжа, фиксирующего лопатку к позвоночнику) и остеотомии клювовидного отростка у его основания с последующей фиксацией нижнего края лопатки к подлежащему ребру лавсаном. Для предупреждения неврологических осложнений со стороны плечевого сплетения вследствие его перерастяжения при низведении лопатки надлопаточный нерв пересекали у основания клювовидного отростка. После операции накладывали торакобрахиальную гипсовую повязку на 4 недели. Нами проанализированы отдаленные результаты оперативного лечения пациентов с тяжелой степенью болезни Шпренгеля по данной методике. Имеем три случая с длительным сроком наблюдения (более 10 лет). Сохраняется отличный косметический и функциональный результат: разница в высоте стояния

остей лопаток не превышает 1 см., отведение плеча — 160-170 градусов. Учитывая свой положительный опыт, рекомендуем применение операции П.Я.Фищенко при тяжелых степенях высокого врожденного стояния лопатки.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ АРТИСТОВ БАЛЕТА

Коннова О.Л., Коробейникова О.В., Клестов В.В.

Россия, г. Пермь, областной врачебно-физкультурный диспансер

Диспансеризация учащихся Пермского государственного хореографического училища — юных артистов балета является одним из разделов работы Пермского областного врачебно-физкультурного диспансера. Обучение в хореографическом училище сопровождается большими по объёму и интенсивности физическими и психоэмоциональными нагрузками.

Целью нашей работы явилось комплексное обследование юных артистов балета для выявления отклонений в состоянии здоровья и назначения соответствующего лечения.

Обследовано 302 юных артиста балета в возрасте от 11 до 18 лет. Осуществлены антропометрические измерения, осмотр терапевтом, отоларингологом, офтальмологом, неврологом, дерматологом, стоматологом, хирургом. Проведены общеклинические лабораторные исследования крови и мочи, электрокардиография.

В результате обследования установлено, что практически все юные артисты балета имеют различные дисфункции. Так, 100% учащихся имеют нарушения опорно-двигательного аппарата (нарушения осанки, плоскостопие). Патология ЛОР-органов в виде хронических тонзиллитов, гипертрофии миндалин, аденоидов, фарингитов, ринитов выявлена у 17, 6% юных артистов балета. Синдром вегетативной дистонии, проявляющийся цефалгиями различного характера, повышенной утомляемостью, колебаниями артериального давления отмечен у половины детей. При этом у двух девочек 13 и 15 лет зарегистрированы панические атаки в виде симпатоадреналовых кризов. Атопический дерматит и экзема обнаружены у 7% учащихся, у одного мальчика выявлен псориаз. Миопия слабой и средней степени отмечена у 13% юных артистов балета. Болезни зубов выявлены у 16% учащихся. Кроме того, у 9% обследованных при электрокардиографии зарегистрирована дистрофия миокарда 1 и 2 степени и у 26% — неудовлетворительное функциональное состояние при проведении пробы с физической нагрузкой.

В комплексное обследование юных артистов балета в течение учебного года

нами введена кардиоинтервалография и нейропсихологическое тестирование с использованием методик Айзенка, Спилберга и Люшера.

Математический анализ вариационной кардиоинтервалографии выявил, что в первые месяцы учебного года у детей наблюдается напряжение регуляторных систем мозга, причем у 23,5% юных артистов балета наступает приближение к срыву адаптивных механизмов. При этом преобладают симпатические (эрготропные) влияния. У 32,4% девушек в возрасте 13-16 лет выявлены признаки астеноневротического синдрома, повышенная тревожность, эмоциональная неустойчивость, склонность к депрессии. Таким образом, формируется психовегетативный синдром на фоне некоторых соматических дисфункций.

МЕТОДИКА АДАПТИРОВАННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ МОЗГА У СПОРТСМЕНОВ

Коннова О.Л.

Россия, г. Пермь, областной врачебно-физкультурный диспансер

Одной из клинических форм перенапряжения является синдром перенапряжения центральной нервной системы, проявляющийся дисфункциями регуляторных систем мозга.

В связи с этим, целью нашей работы явилось адаптирование диагностики психовегетативного синдрома у лиц, переносящих физические нагрузки.

Материалом исследования послужили наблюдаемые в диспансере спортсмены (легкоатлеты, футболисты и т.д.), а также юные артисты балета. Мы пришли к выводу, что оптимальным является комплекс нейропсихических методик и вариационная кардиоинтервалография.

В начале исследования целесообразно предложить пациентам вопросник для выявления признаков вегетативных изменений (А.М.Вейн, 1991). В последующем проводится вариационная кардиоинтервалография, которая позволяет интерпретировать данные исследования синусового сердечного ритма, характеризуя вегетативное обеспечение и состояние адаптационно-компенсаторных механизмов мозга. Во время кардиоинтервалографии проводится исследование в покое, клиникоортостатическая проба, нагрузки Ашнера, Вальсальвы (Р.М. Баевский 1985 г.).

Комплексное нейропсихическое исследование включает анализ нейротизма, тревожности, склонности к депрессии методиками Айзенка, Спилберга, Люшера.

В последующем проводится анализ полученных результатов и назначается своевременное адекватное лечение, включающее в себя физиотерапевтические, психотерапевтические воздействия, лечебную физкультуру и массаж.

Благодаря предлагаемому алгоритму обследования нами своевременно выявлены начальные признаки развивающегося у спортсменов психовегетативного синдрома. Так, у 12 из 32 спортсменов-легкоатлетов и у 28 из 40 юных артистов балета выявлена напряженность адаптивных механизмов мозга со склонностью к симпатикотонии. Практически все они (особенно девочки) страдали цефалгиями, а также астено-невротическими и тревожно-депрессивными состояниями, подтвержденными с помощью нейропсихологических методик. Настораживает, что у юных артистов балета отмечается повышенная эмоциональная лабильность и высокие показатели тревожности. Это, возможно, является следствием длительных физических и эмоциональных нагрузок во время учебного года.

МЕТОДЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Косинцев С.В., Иванилов Е.А., Дробышев В.А.

г.Новосибирск, государственная медицинская академия, кафедра восстановительной медицины с курсами физиотерапии, курортологии, ЛФК и СМ

Актуальность проблемы: Пояснично-крестцовый остеохондроз затрагивает наиболее работоспособный возраст, приводя к временной нетрудоспособности больных, что вызывает серьезные социально-экономические последствия. Имеется огромный, но не всегда адекватный арсенал средств, методов и способов купирования клинических проявлений поясничного остеохондроза, но их эффективность не всегда удовлетворяет пациентов и врачей, что делает актуальным поиск и внедрение в практику новых подходов к лечению. В последние годы все большее внимание уделяется немедикаментозным методам воздействия, в том числе и мануальной терапии.

Цель работы: Разработать комплексный подход к коррекции патобиомеханических нарушений опорно-двигательного аппарата вызванных пояснично-крестцовым остеохондрозом, с акцентом на методы мануальной терапии.

Материалы и методы: Обследован 61 пациент с пояснично-крестцовым остеохондрозом, из которых 59% (36 человек) — женщины, 41% (25 человек) — мужчины, средний возраст группы составил $34,5 \pm 2,5$ года. У 72,1% (44 человека) отмечались рефлекторные корешковые синдромы, у 27,9% (17 человек) — компрессионные. Терапевтические комплексы назначались индивидуально по-

сле оценки патобиомеханических изменений опорно-двигательного аппарата. Диагностика эффективности производилась по данным специального осмотра принятого в вертебрологии и получившего дальнейшее развитие в мануальной терапии под названием "визуальная диагностика". В лечении применялись методы мануальной терапии (постизометрическая релаксация патологически укороченных мышц, ишемическая компрессия триггерных пунктов, мобилизация суставов нижних конечностей и позвоночника, специальная лечебная гимнастика). Помимо указанного пациенты получали стандартную медикаментозную терапию. В качестве контроля была взята группа больных аналогичного возраста с однотипной патологией, лечение которой проводилось в соответствии с принятыми в неврологии терапевтическими схемами.

Анализ полученных результатов показал, что индивидуально подобранные комплексы мануального воздействия направленные не только на суставы позвоночника, но и на восстановление тонусно-силовых свойств измененных мышц более быстро и стойко оказывают анальгезирующий и трофические эффекты у больных, как с рефлекторными так и компрессионными синдромами пояснично-крестцового остеохондроза. Так купирование болевого синдрома происходило за 1-3 дня у 75,4% (46 человек), в то же время в контрольной группе болевой синдром умеренной интенсивности сохранялся у 35% пациентов до конца курса лечения.

Выводы: методы мануальной терапии, учитывающие индивидуальные особенности патобиомеханических нарушений опорно-двигательного аппарата в комплексе со стандартной медикаментозной терапией способствуют повышению эффективности в лечении больных корешковыми синдромами поясничного остеохондроза как рефлекторного, так и компрессионного характера.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРГРАВИТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ЗУДЕКА

Котельников Г.П., Яшков А.В., Панкратов А.С.

Россия, г. Самара, Государственный медицинский университет, кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии

Синдром Зудека при травмах нижних конечностей наблюдается в 30% случаев и относится к тяжелым осложнениям травм опорно-двигательной системы. Лечение синдрома Зудека нижних конечностей сложно и направлено на воздействие на различные звенья патогенеза заболевания. Традиционные лечеб-

ные мероприятия включают в себя гипсовую иммобилизацию, медикаментозные средства, физиотерапевтические методы, занятия лечебной физкультурой, массаж, новокаиновые блокады.

Целью нашего исследования является повышение эффективности лечения больных с синдромом Зудека при переломах костей голени путем применения новых неинвазивных физиотерапевтических факторов в лечебном комплексе.

В качестве физиотерапевтического фактора нами впервые предложена, наряду с классическими методами воздействия, повышенная гравитация кранио-каудального направления. Основанием для его применения явилось возможность коррекции регионарного кровообращения в пораженной конечности за счет действия центробежных сил кранио-каудального направления и дозированной физической нагрузки в зависимости от тяжести заболевания и характера изменения мягких и костной тканей (Котельников Г.П., Яшков А.В. 1998).

Под нашим наблюдением находилось две группы больных. Больные первой группы получали традиционное лечение по общепринятой методике. У больных второй группы в лечебный комплекс включали повышенную гравитацию кранио-каудального направления. Эффективность лечения клинически выражалась в более раннем купировании болевого синдрома, нормализации окраски и тургора кожных покровов, усилением мышечной силы, увеличением объёма движений в суставах нижних конечностей. Клинические данные подтверждались функциональными методами исследования-реовазографией, электромиографией, термографией. Положительная динамика отмечалась у 75% больных.

Таким образом, применение повышенной гравитации кранио-каудального направления повышает эффективность лечебного комплекса у больных с посттравматическим синдромом Зудека нижних конечностей, что обосновывает ее использование в клинической практике.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ

Кузнецова Л.В., Тухканен Е.В., Мебелова И.И., Мрыхина Н.Ф.

Кафедра педиатрии ПетрГУ, Детская республиканская больница МЗ Республики Карелия, г.Петрозаводск.

Все методы физической реабилитации носят комплексный характер, оптимизируют регулирующие функции нервной системы и метаболические процессы в целом, стимулируют деятельность всех систем новорождённого ребёнка.

Цель работы: оценить эффективность методов физической реабилитации у детей с синдромом двигательных нарушений на втором этапе выхаживания новорождённых с перинатальным поражением ЦНС. Были проанализированы 49 историй болезни детей, из них: 63% (31 чел.) составили доношенные, находившиеся в отделении патологии новорождённых, 37% (18 чел.) недоношенные, находившиеся в отделении недоношенных детей Детской республиканской больницы МЗ Республики Карелия. При обследовании использовались методы: клинический, электромиографический, ультрасонографический (нейросонография, спинальная УС). Клинически у недоношенных преобладала диффузная мышечная гипотония — 95%, у доношенных: 71% — гипотония, 10% — гипертонус мышц, 11% — дистония, 9% — снижение спонтанной двигательной активности. При электромиографическом обследовании изменения выявлены у 100% детей: потенциалы фасцикуляций — у 78% недоношенных детей и у 55% доношенных, заинтересованность сегментов спинного мозга — 6% и 10% соответственно, надсегментарные нарушения мышечного тонуса — 16% у недоношенных и 35% у доношенных детей. Нейросонография проведена 100% детей, выявлены структурные изменения головного мозга у 83% недоношенных и 68% доношенных новорождённых (ишемия перивентрикулярных зон, ИВК 1-2 степени, вентрикуломегалия и т.д.). Спинальная ультрасонография шейного отдела позвоночника проведена 45% доношенных новорождённых, у 91% детей выявлены признаки структурных изменений позвоночника и спинного мозга. Применявшиеся методы лечения: массаж и ЛФК — 100% детей, электрофорез со спазмолитиками на позвоночник у доношенных новорождённых, метод сухой иммерсии (моделирование невесомости) — у 49% детей. В результате проведённого лечения у подавляющего числа пациентов значительно улучшился мышечный тонус, электромиографические показатели нормализовались у 12%, улучшились — у 24% детей. В группе детей, получавших лечение методом сухой иммерсии, нормализация функций нервной системы имела комплексный характер: более быстрое восстановление тонуса, нормализация ритма сон-бодрствование, более раннее появление реакции зрительного сосредоточения. Таким образом, комплексное использование физических методов реабилитации новорождённых детей с синдромом двигательных нарушений перинатального генеза позволяет ограничить лекарственную нагрузку и при этом добиться достаточной стимуляции естественных компенсаторных механизмов, пластических и нейрорегуляторных процессов, что обеспечивает снижение риска последующей инвалидизации этих детей.

МНОГОКАНАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ ЛИЦА

Лазаренко Н.Н., Чукумов Р.М.

Россия, г. Москва МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского. Отделение физиотерапии и реабилитации.

В основе механизма развития темпоромандибулярного болевого дисфункционального синдрома лежат костно-мышечный дисбаланс с нарушением координации функциональной активности жевательной и шейной групп мышц и ВНЧС, наличие триггерных точек, нарушение микроциркуляции в челюстно-лицевой области, психо-эмоциональные нарушения, которые формируют целый симптомокомплекс, образование порочного круга, приводящие к взаимотягощению и прогрессированию.

Изменения нейрофизиологических показателей мышечных образований челюстно-лицевой области и шеи четко коррелирует с тяжестью болевого и дисфункционального синдрома. Первоначально проводятся ортопедические мероприятия для ликвидации нарушений окклюзии и нормализации высоты прикуса. Для нормализации активности мышц и устранения функционального перераспределения мышечной активности, снижения болевого синдрома, улучшения кровообращения целесообразно проведение многоканальной электростимуляции от аппарата "Миомодель-10". Воздействие проводится на всю группу жевательных мышц (височные, собственно жевательные, двубрюшные), а также мышцы шеи и туловища (трапециевидная и грудино-ключично-сосцевидные) при иррадиации болей в эти зоны. Необходимо помнить, что наличие триггерной точки в 1-2 мышцах, нарушение двигательной функции всегда приводит к нарушению мышечного тонуса во всех мышцах, участвующих в жевательных движениях. Именно поэтому развиваются сопутствующее ухудшение проводимости по периферическому и центральному звеньям тройничного и лицевого нервов, в связи с этим электроды так же располагаются и в слуховом проходе, а второй — в области задней поверхности шеи. Всего на больном размещают до 10 пар самоклеющихся электродов.

Данная методика может широко использоваться в реабилитации больных с болевой дисфункцией ВНЧС, особенно когда у врача нет технических возможностей выявить особенности состояния каждой заинтересованной мышцы. Данный метод может применяться как при спастических явлениях, так и при гипотрофии мышц. Кроме того, в связи с тем, что у большинства (до 80% больных) имеется сопутствующая патология в шейном отделе позвоночника, многоканальная электростимуляция оказывает многоплановое действие на основные патогенетические механизмы данного патологического процесса.

Именно уникальная форма импульса и многоканальность дает возможность охватить весь комплекс жевательных мышц и мышц плечевого пояса, вызывает положительные эмоции пациентов во время процедуры, способствует нормализации психо-эмоциональной сферы.

АЗОТИСТАЯ ТЕОРИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И СПОРТСМЕНОВ

Левченко К.П.

Российская медицинская академия последипломного образования.

Азотистая теория физической реабилитации преподается на кафедре физической реабилитации и спортивной медицины РМА ПО (ранее ЦОЛИУВ) с 1981 года. Она основывается на проведенных биохимических и морфологических исследованиях: экспериментах на животных (мышцы, печень, ферменты), а так же с помощью биохимических методов оценки азотистого, углеводного и жирового обменов. В исследованиях на спортсменах и больных изучали действия на организм физической нагрузки, гипертермии, низкокалорийной диеты, обезвоживания, массажа, стресса и гипоксической тренировки, фито и рефлексотерапии (Левченко К.П. 1975, 1978, 1988, 1998 г.). На базе азотистой теории созданы компьютерные программы реабилитации больных (Левченко К.П. 1988 г.). Новизна работы подтверждена девятью авторскими свидетельствами СССР и патентами РФ. Одним из главных выводов проделанной работы было то, что действие перечисленных факторов при значительной дозировке **БИОХИМИЧЕСКИ ЭКВИВАЛЕНТНО ДЕЙСТВИЮ НА ОРГАНИЗМ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ** (1978 г.). То есть суммарное, направленное на катаболизм действие разных средств реабилитации может приводить к перенапряжению организма. Поэтому необходима их четкая дозировка в зависимости от катаболической направленности применяемой в процессе реабилитации методики. Тогда же нами был введен термин "АЗОТОГРАММА МОЧИ" и разработан способ дозирования физических нагрузок у спортсменов по уровню катаболизма, и дегидратации организма (авторское свидетельство СССР № 1327000).

Азотистая теория реабилитации базируется на 4 основных составляющих:

Учет уровня "биохимического и морфологического эквивалента физического утомления" используемых средств реабилитации.

Оценки функционального состояния лимитирующих реабилитационные нагрузки систем организма (азотистый метаболизм, кардиореспираторная, эндокринная, иммунная, кроветворная, пищеварительная, опорно-двигательная и др. системы организма)

Составлении индивидуального тренировочно-реабилитационного биоритма.

Подбор анаболической и катаболической составляющей средств реабилитации (разнонаправленное действие на организм различных режимов физических нагрузок, форм и методик лечебной физкультуры, перегревания, питания, дегидратации, массажа, психозмоционального воздействия, гипоксической тренировки, физиотерапии, фито, рефлексотерапии и других факторов реабилитации).

БИОХИМИЧЕСКИЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКВИВАЛЕНТ ФИЗИЧЕСКОГО УТОМЛЕНИЯ

Левченко К.П.

г. Москва, Российская медицинская академия последипломного образования

Изучали и сравнивали действие на организм спортсменов и животных физических нагрузок, перегревания (сауны), гипокалорийной диеты, обезвоживания.

Установили, что действие перечисленных факторов биохимически и морфологически эквивалентно действию на организм физической нагрузки. При 40 минутной физической нагрузке (ЧСС = 150 уд. в мин), вызывающей утомление отмечали достоверное увеличение в венозной крови содержание общего белка, остаточного азота, мочевины, креатина и креатинина, снижение запасов углеводов в мышцах и печени, увеличение уровней молочной и пировиноградной кислот, тенденцию к увеличению глюкозы, достоверное увеличение в венозной крови содержания общих липидов, бета-липопротеидов, эстерифицированных жирных кислот (ЭЖК), фосфолипидов и холестерина. При этом отмечалась тенденция к увеличению в крови содержания, неэстерифицированных жирных кислот (НЭЖК).

В мышцах животных (крысы) после 40 минутной работы на электротретбане отмечается исчезновение поперечно-полосатой исчерченности, однако мышечные волокна на всем протяжении имели четкие контуры, отмечалось расширение и переполнение кровью отдельных сосудов. Ядра многих мышечных клеток были бледные, местами имели нечеткие контуры. Отмечено умеренное снижение содержания гликогена. В некоторых печеночных клетках отмечалась картина зернистой дистрофии, протоплазма таких гепатоцитов была несколько набухшая. В других отделах была видна картина умеренной жировой дистрофии, содержание гликогена снижено.

При применении перегревания (сауны), гипокалорийной диеты, обезвоживания отмечалось тоже достоверное увеличение изучаемых показателей, за ис-

ключением достоверного снижения уровней глюкозы и НЭЖК, указывающих на снижение энергетического потенциала организма. При этом в печени отмечали снижение активности глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы, что свидетельствует о снижении интенсивности окисления глюкозы в пентозном цикле. Отмечены более выраженные, но сходные по направленности сдвиги в тканях мышц и печени. Полученную картину можно трактовать как **БИОХИМИЧЕСКИЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКВИВАЛЕНТ ФИЗИЧЕСКОГО УТОМЛЕНИЯ**. После последующей на этом фоне физической нагрузки указанные сдвиги суммируются. Это может приводить к перенапряжению организма и требует дифференцированного их применения в комплексной реабилитации больных и в спортивной медицине.

НОВЫЕ РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩИЕ ФОРМЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Леденева Е. Г., Рачковская Л. П.

Россия, Ростовская обл., г. Таганрог, МУЗ "Городская поликлиника № 2"

Дневные стационары (ДС) при поликлиниках заняли прочное положение в системе здравоохранения России, зарекомендовав себя в качестве эффективной и перспективной в плане дальнейшего совершенствования формы. Явным преимуществом обладают ДС развернутые на базе отделения восстановительного лечения (ОВЛ).

Примером может быть ДС МУЗ "Городская поликлиника № 2" г. Таганрога открытый в 1991 году на 15 коек, расширившийся до 40 коек в настоящее время и продолжающий динамически развиваться. ДС располагает возможностью применения современных медикаментозных препаратов в сочетании с различными физиотерапевтическими процедурами, массажем и лечебной физкультурой.

По данным годовых отчетов в ДС ежегодно пролечивается до 1 тысячи пациентов, процент эффективности составляет 88-92,5%. Более половины приходится на долю работоспособного возраста, нозологический профиль соответствует общетерапевтическому.

Показанием для направления в ДС являются острые и хронические заболевания в период обострения и в стадии хронического течения, приведшие к инвалидизации пациентов.

Большинство пролеченных в ДС имеют возможность продолжить амбулаторно физиотерапевтическое лечение и ЛФК под наблюдением тех же специалистов, что позволяет закрепить достигнутый успех и реализовать намеченную реабилитационную программу.

Нетипичным для обычной практики является то, что врачи отделения кроме многолетнего опыта работы в терапевтическом стационаре имеют подготовку по физиотерапии и лечебной физкультуре в рамках последипломного усовершенствования. Именно поэтому появилась возможность максимальной индивидуализации лечебной программы, когда все применяемые методы действуют патогенетически синергично на больной организм последовательно в острый и восстановительный период, обеспечивается идеальная преемственность стационарного и амбулаторного этапов терапии.

Следует подчеркнуть экономическую выгоду ДС, имеющим меньшую стоимость койко-дня, что обусловлено сокращением затрат на питание пациентов и расходов, связанных с дополнительными штатными единицами врачей, среднего и младшего медперсонала. В нашем экономия составила 59 553 рубля ежемесячно и 714 641 рублей в год.

Подобный опыт работы заслуживает внимания организаторов здравоохранения и страховых компаний в плане совершенствования нормативной базы и внедрения в широкую амбулаторную практику.

МЕТАБОЛИТЫ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Липатова Т.Е., Исламова Е.А.

Россия, г. Саратов, Военно-медицинский институт, Государственный медицинский университет

Целью настоящего исследования явилась клиничко-эндоскопическая и биохимическая оценка эффективности применения чрескожной лазеротерапии в лечении больных неспецифическим язвенным колитом. Под нашим наблюдением находились 32 больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК), которым наряду с медикаментозной терапией, проведен курс чрескожной лазеротерапии (ЧЛ). Контрольные группы составили 28 больных НЯК, получавших только лекарственную терапию и 20 практически здоровых лиц. Активность эластазы сыворотки крови изучали по методу С. А. Тужилина и соавт. (1971), содержание белковосвязанного оксипролина (БОП) в сыворотке крови — по методу М.А. Осадчука и В.М. Капустина (1987), содержание гликозаминогликанов (ГАГ) в сыворотке крови — по методу Б.Ф. Мурашова и соавт. (1986). В группе практически здоровых лиц активность ЭЛ составила 0,18 0,02 мкг/млмин, концентра-

ция БОП — 0,23 0,02 мг/мл, ГАГ — 0,21 0,02 г/л. В период обострения НЯК активность ЭЛ повышалась до 1,88 0,06 мкг/млмин, БОП — 0,84 0,05 мг/мл, ГАГ — 0,45 0,05 г/л ($p < 0,05$).

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что клиническая ремиссия неспецифического язвенного колита у большинства больных наступала в течение 1-1,5 месяца от начала проводимой терапии. Отмечено, что через месяц после проведенной терапии с использованием ЧЛ достигается значительное снижение активности ЭЛ (0,36 0,07 мкг/млмин), БОП (0,54 0,04 мг/мл) и ГАГ (0,27 0,02 г/л) по сравнению с показателями в период обострения заболевания ($p < 0,05$). В группе пациентов, которым проводилось только медикаментозное лечение, при повторном обследовании показатели метаболизма соединительной ткани несколько уменьшались, однако, достоверно превосходили значения в группе пациентов, получавших ЧЛ. Активность ЭЛ в этой группе больных составила — 0,64 0,05 мкг/млмин, концентрация БОП — 0,68 0,02 мг/мл, ГАГ — 0,38 0,03 г/л ($p < 0,05$). Таким образом, применение ЧЛ в комплексном лечении больных НЯК приводит к уменьшению избыточного коллагенообразования, что подтверждается биохимическими методами. Маркеры метаболизма соединительной ткани (ЭЛ, БОП и ГАГ) выступают адекватными критериями динамики воспалительно-деструктивных процессов в толстой кишке и могут быть использованы в качестве полноценного контроля за эволюцией воспалительного процесса при неспецифическом язвенной колите.

МЕТОД ДИНАМИЧЕСКОЙ СТЕРЕОМЕТРИИ

Литвинов И.А., Новиков Ю.О.

Поликлиника Минфина РФ, Кафедра мануальной терапии ИПО БГМУ

Шейный отдел позвоночника характеризуется: как самый подвижный отдел позвоночника (во всех плоскостях); как самый "многослойный" по количеству фасциальных и мышечных слоёв отдел позвоночника; как отдел позвоночника, окруженный преимущественно "транзитными" органами и крупными сосудами, нервами "соединяющими" голову и торс; как отдел позвоночника, соединяющий две разнонаправленных функции — опора (для головы) и подвешивание (плечевой пояс и лёгкие). Это объясняет наличие в шее большого количества разнонаправленных мышечных пластов требующих высокой степени координации движений шеи с: дыханием, движениями плечевого пояса и рук; движениями головы. Помимо произвольного построения указанных выше движений, всегда привлекаются автоматизмы,

связанные с комплексом глазодвигательных мышц, с вестибулярным аппаратом, с артикуляцией, жеванием и т. д. Отсюда и высокие требования к функциональному состоянию мышц шеи: возможность достаточной фазной и статической активности в широком диапазоне длины каждого из пучков и мышцы в целом.

Исследование мышечного комплекса шеи всегда сводилось к комплексу, включающему в себя:

- миотопометрию (оценку тонуса мышцы);
- миоальгометрию (оценку болезненности мышцы);
- замеры объема движения в шее по отдельным плоскостям;
- курвиметрия шеи (динамика показателей шейного лордоза при тах флексии и тах экстензии в шее);
- состояние анатомии шейного отдела позвоночника (морфологические по- сегментарные изменения в суставном аппарате) по стандартным рентгенограммам (прямая и боковая проекции);
- функциональные изменения в шейном отделе позвоночника (степень подвижности в каждом сегменте).

В дополнение к перечисленным методам обследования нами разработан и используется прибор позволяющий оценивать подвижность шейного отдела позвоночника (ШОП) в трехмерном пространстве. Этот метод исследования ШОП позволяет оценить степень ротации в ней при различных сочетаниях флексии и бокового наклона, экстензии и бокового наклона. При этом все обследования делятся на 4 этапа:

1 этап: оценка ротации ШОП влево и вправо при различных степенях наклона вперед и разгибания без дополнительных наклонов в сторону.

2 этап: оценка ротации ШОП влево и вправо при различных степенях наклона влево или вправо без дополнительных наклонов вперед и разгибания.

3 этап: оценка ротации ШОП влево и вправо при различной степени наклона в сторону в сочетании с различной степенью флексии.

4 этап: оценка ротации ШОП влево и вправо при различной степени наклона в сторону в сочетании с различной степенью экстензии.

В результате появляется общий стереометрический образ подвижности в ШОП. Это графический образ трехмерной подвижности в ШОП.

Нами было обследовано 26 пациентов синдромом цервигальгии (10 мужчин, 16 женщин). Полученные с помощью стереометрического обследования ШОП графические имиджи сопоставлялись с данными: морфологических по- сегментарных изменений (по стандартным статическим рентгенограммам); функциональных по- сегментарных изменений (по функциональным боковым рентгенограммам); миотопометрии и миоальгометрии отдельных мышц; общих измерений подвижности в ШОП.

Наиболее часто подверженные дисфункциям оказались следующие мышцы ШОП:
поднимающая лопатку — 76%
лестничная передняя — 70%
лестничная задняя — 60%
лестничная средняя — 48%
верхняя позиция трапецевидной — 36%

Наиболее часто максимальные морфологические изменения были представлены в следующих сегментах ШОП:

C5 — C6 — 42%

C4 — C5 — 36%

C3 — C4 — 28%

Однако стоит отметить, что ни в одном случае не отмечалось мономышечных и моносегментарных функциональных изменений в рамках ШОП и шеи. Как правило, из основных 26 мышц шеи с каждой стороны было в наличии не менее 10 дисфункциональных мышц. Тем не менее, можно было оценить и выделить наиболее тонизированные и болезненные мышцы. Как правило, определялось не менее трех дисфункциональных позвоночных двигательных сегментов (ПДС). Тем не менее, всегда можно было выделить ПДС с наибольшими ограничениями подвижности.

Сопоставление данных стереометрической оценки подвижности в ШОП и данных общего вертеброневрологического инструментального обследования шеи привело нас к выводу о целесообразности оценки состояния отдельных пучков мышц шеи (в силу их "многоточечного" прикрепления на боковых или остистых отростках ШОП). Это сыграло принципиально важную роль в сопоставлении имиджей стереометрической оценки подвижности в ШОП и состояния группы мышц сходящихся на том или ином ПДС.

Отмечались характерные имиджи стереограмм для отдельных наибольших морфо-функциональных изменений в ПДС различных уровней ШОП.

Отмечались характерные имиджи стереограмм для отдельных мышц и групп мышц с дисфункциями.

Сопоставление имиджей стереограмм ШОП по морфо-функциональным изменениям в ПДС различных уровней ШОП и имиджей стереограмм ШОП при дисфункциях отдельных мышц шеи и плечевого пояса или групп мышц позволяет делать определенные прогностические выводы.

Мышечнотопические изменения в определённых мышцах шеи и плечевого пояса приводят через отдельное время к морфо-функциональным изменениям в конкретных ПДС.

Ключевым звеном при анализе биомеханики каждого ПДС является оценка состояния отдельных пучков мышц контролирующих положение и движение позвонков в этом сегменте.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРВИГАЛЬГИЙ МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Литвинов И.А., Новиков Ю.О.

Поликлиника Минфина РФ, Кафедра мануальной терапии ИПО БГМУ

Быстрое и эффективное восстановительное лечение при острых и подострых цервигальгиях у лиц молодого возраста возможно при достаточной специфичности лечебного воздействия на ключевые звенья патогенеза этих состояний. На наш взгляд центральным звеном в острых и подострых цервигальгических синдромах является дисфункция нескольких мышц. Наличие внутримышечной и межмышечной дезорганизации приводит к нарушению:

- программ простых движений в шее или плечевом поясе;
- программ быстрых стандартных движений в шее;
- программ эффективной поддержки позы головы и шеи.

Выведение мышц из состояния дезорганизации (дисфункции) возможно прямыми (директивными) техниками и непрямыми (функциональными) техниками. Обе группы воздействия на мышцу могут быть определены как нейрофизиологические лечебные воздействия руками с различной адресацией в УИС через афферентные системы.

Прямые техники можно разделить на пассивные и активные, что определяется участием или неучастием пациента в лечебных мероприятиях через произвольные движения.

Прямые пассивные техники на мышцах включают в себя:

- прямое растягивание мышц (продольное, поперечное);
- прямые фасциальные техники (общие и индивидуальные мышечные футляры);
- прямые ингибиционные техники (сухожилия, надкостница, перемизий, эпимизий);

Прямые активные техники на мышцах включают в себя:

- изолитические;
- изотопические;
- изометрические;
- реципрокное торможение.

Эти техники в первую очередь стоит отнести к категории нейромышечного (нейрофизиологического) перепрограммирования.

Непрямые техники по методике проведения можно разнести в разные категории по тканям воздействия и по началу воздействия.

Непрямые техники на мышцах различаются по тканям, через которые мы оказываем влияние:

-
- фасциальный баланс;
 - связочный баланс;
 - сухожильно-надкостничный баланс.

Непрямые техники на мышцах по началу воздействия разделяются на две группы:

- зона начала техники, и прослушивания динамики изменений в тканях находится в тах напряжении тканей "влияния";
- зона начала техники и "прослушивания" динамики изменений в тканях находится в min напряжении тканей "влияния".

Исходя из нашего опыта, наиболее оптимальным является сочетание этих воздействий в указанной последовательности (в рамках одного сеанса).

- 1 этап — прямые пассивные техники;
- 2 этап — прямые активные техники;
- 3 этап — не прямые техники.

По мере улучшения состояния пациента соотношение этих техник в рамках одного сеанса меняется. На первых сеансах преобладают прямые пассивные техники, а на последующих не прямые (функциональные техники). Однако это больше касается хронических и подострых случаев цервикальгий.

Хронизация процесса предполагает большое количество плотных, фибротизированных фасциально жестких мышц. В этом случае рекомендуем использовать следующие лечебные подходы:

- 1 этап — прямые и ингибиционные техники на связках, фасциях, надкостнице;
- прямые ингибиционные техники на связках, надкостнице;
- 2 этап — изолитические техники;
- изотопические техники;
- 3 этап — техники из зоны min напряжения тканей;
- техники связочного баланса;
- техники сухожильного надкостничного баланса.

Острые цервикальгии с преобладанием мышечно-топических и вегетивно-дисциркуляторных изменений в мышцах шеи предполагают использование следующих лечебных воздействий:

- 1 этап — техники прямого продольного и поперечного растягивания мышц и внутренних мышечных фасций;
- 2 этап — изометрические техники, техники реципрокного торможения;
- 3 этап — техники из зоны тах напряжения, техники фасциального баланса.

При выполнении техник на отдельно взятой мышце лучше начинать с наиболее дисфункционального пучка. Это ускоряет работу на мышце и на шее в целом, т. к. практически все мышцы шеи и плечевого пояса многосуставные с полифокусным прикреплением. При работе с каждым пучком мышцы следует

учитывать её трехмерное расположение и ход волоком, что существенно повышает специфичность любой, из выбранных для лечения, техник воздействия.

Выше перечисленные принципы построения лечебной тактики в рамках одного сеанса и стратегии лечения в рамках всего курса существенно повышает эффективность работы врача и сроки лечения.

АУТОМОБИЛИЗАЦИЯ И АУТОСТАБИЛИЗАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬГИЙ

Литвинов И.А., Новиков Ю.О.

Поликлиника Минфина РФ, Кафедра мануальной терапии ИПО БГМУ

Лечение цервикальгий в остром и подостром периоде представляет собой комплексное воздействие, в основе которого лежат разные манипуляции на мышцах, фасциях, связках и суставах шеи. Работа с мышцами шеи должна быть высокоспецифичной (по отношению к тканям мышцы) и адресной, т. е. отнесена преимущественно к отдельным пучкам наиболее дисфункциональных мышц. Этот принцип позволяет добиться хороших результатов в достаточно короткий период (за 1-3 сеанса).

Стабилизация результатов после снятия выраженного болевого синдрома возможна также за счёт самостоятельной работы пациента в отношении состояния основных дисфункциональных мышц. Для этого традиционно принято применять техники аутомобилизации через постизометрическую релаксацию отдельных мышц или групп мышц. Зачастую это достаточно эффективно.

Возможно существенное увеличение эффективности аутовоздействий за счёт добавления к постизометрической ауторелаксации ещё двух техник: изолетической ауторелаксации и изотопической аутостабилизации. Это позволяет более эффективно восстановить состояние одной или нескольких мышц, находящихся в дисфункции. Изолетическое воздействие на мышцу — реорганизует её внутреннюю архитектуру. Изотопическое воздействие на мышцу — стабилизирует её тонус (статическую и физическую составляющие).

Любое из этих воздействий требует учёта хода волокон каждой мышцы. В таблице № 1 представлены направления движения головы и шеи при выполнении изолетических техник на мышцах шеи, расположены слева. Обучить пациента работе на нескольких мышцах в рамках этого протокола несложно. Это будут техники аутоизолетического воздействия на мышцу. В таблице № 2 представлены направления движения головы и шеи при выполнении изотопических

техник на мышцах шеи, расположены также слева. После выполнения техник аутоизолитического воздействия на мышцу пациент выполняет обратные движения и воздействует изотопически на эту же мышцу.

Из опыта работы с острыми и подострыми цервикальгиями мы считаем эффективной следующую схему аутомобилизации и аутостабилизации мышц шеи и шейного отдела позвоночника:

Давать пациенту упражнение на 2-3 мышцы (не более);

Первые 5-15 дней упражнения выполняются по следующей последовательности и схеме повторений на каждую мышцу:

- аутоизолитическое воздействие — 5-7 повторений;
- аутоизометрическое воздействие — 4-5 повторений;
- аутоизотопическое воздействие — 1-2 повторения.

3. Последующие дни лечения (до 10-15-го дня):

- аутоизолитическое воздействие — 2-3 повторения;
- аутоизометрическое воздействие — 2-3 повторения;
- изотопическое воздействие — 3-4 повторения;
- аутоизолитическое воздействие — 2-3 повторения.

4. В последующем (по желанию — через 1-2 дня)

- взаимопереходящие аутоизолитическое и аутоизотопическое воздействие — 8-10 раз.

После каждого самостоятельного занятия рекомендуется отдых в нейтральном расслабленном состоянии (лежа, сидя в кресле) в течение 5-10 минут, что позволяет закреплять результат упражнений на аутомобилизацию и аутостабилизацию мышц шеи и шейного отдела позвоночника.

Таблица № 1

Название мышцы	F	E	LFd	LFs	Rd	Rs
1. Верхняя порция трапецевидной	*		**			*
2. Поднимающая лопатку	**		*		*	
3. Ременная шеи	*		**		*	
4. Ременная головы	**		*		*	
5. Задняя лестничная	*		**		*	
6. Средняя лестничная			***		*	*
7. Передняя лестничная		*	**			*
8. Грудино-ключично-сосцевидная		*	**			*
9. Длинная шеи		*			*	*
10. Длинная головы		**				*

Таблица № 2

Название мышцы	F	E	LFd	LFs	Rd	Rs
1. Верхняя порция трапецевидной		*		**	*	
2. Поднимающая лопатку		**		*		*
3. Ременная шеи		*		**		*
4. Ременная головы		**		*		*
5. Задняя лестничная		*		**		*
6. Средняя лестничная				***	*	*
7. Передняя лестничная	*			**	*	
8. Грудино-ключично-сосцевидная	*			**	*	
9. Длинная шеи	*				*	*
10. Длинная головы	*				*	

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, КАК ВАЖНЫЙ ПРИНЦИП ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС

Лобачева А.В., Махова Г.Е., Григорьева Н.Н., Кобзев Ю.А., Семенова С.В.

Россия, г. Саратов, Государственный Медицинский Университет, кафедра лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии, городская клиническая больница N 3.

Внастоящее время многие развитые страны идут по пути формирования здорового образа жизни, обеспечивая сохранение и укрепления здоровья населения. Приоритетность профилактического принципа здравоохранения остается весьма актуальной.

Для осуществления комплексного многофакторного подхода к первичной профилактике ИБС необходимо создание центров здоровья, которые помогут не только своевременно выявить факторы и степень риска ИБС, определить уровень двигательных возможностей, показатели липидного обмена и неспецифические адаптационные реакции, но и дать грамотные врачебно-физкультурные рекомендации и рецепты сбалансированного питания.

Целью настоящей работы явилось ранее выявление факторов риска ИБС и последующей оценкой их степени, определение уровня двигательных возможностей у лиц трудоспособного возраста, разработка и внедрение физкультурно-оздоровительных программ, включая рекомендации по сбалансированному питанию, с оценкой их эффективности.

Комплексное клиничко-функциональное обследование (ЭКГ, тетраполярная РГ, определение толерантности к физической нагрузке) проведено у 140 человек в возрасте от 30 до 60 лет, желающих заниматься оздоровительной физкультурой. Лица с III и IV степенью риска ИБС составили наибольший процент: 54,7% и 37,2% соответственно. Толерантность к физической нагрузке не превышала 75-100 Вт. Низкий уровень двигательных возможностей выявили в 38,2%, а ниже среднего в 52,7% случаев. Достоверно значимым подтверждением высокой степени риска ИБС среди обследованных явились показатели липидного обмена и неспецифические адаптационные реакции.

Динамическое трехлетнее наблюдение за группой, ведущей здоровый образ жизни, неотъемлемой составной частью которого была регулярная оздоровительная физкультура, позволило выявить положительную динамику показателей, оценивающих степень риска ИБС, уровень двигательных возможностей и состояние здоровья.

Таким образом формирование здорового образа жизни должно стать важным и основным мероприятием по первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и, в частности ИБС.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

**Логинова И.А., Елманова О.А., Васильева Е.Е., Зазулина А.Ю.,
Кострыкин М.Ю., Поддубный А.В.**

*г. Ростов-на-Дону, Областная клиническая больница, отделение физиотерапии,
отделение сердечно-сосудистой хирургии.*

Целью работы явилось повышение эффективности комплексной реабилитации больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ). За период с 1999 по 2002 годы наблюдалось 38 больных с атеросклеротическим поражением коронарного русла. Все больные были мужского пола, средний возраст составил 50+7 лет. План обследования больных включал в себя общеклинические методы исследования, эхокардиографию (ЭхоКГ), стресс-Эхо, коронароангиографию. Всем больным была выполнена операция АКШ, показанием для которой явились: высокий функциональный класс стенокардии (III-IV), нестабильная стенокардия. В послеоперационном периоде реабилитационные мероприятия проводились под контролем ЧСС, АД, ЭКГ, ЭхоКГ. Наряду с проводимой медика-

ментозной коррекцией (нитраты, метаболическая, гипотензивная, антикоагулянтная, дезагрегантная, антибактериальная) в комплекс реабилитационных мероприятий включали : ингаляции со щелочными, отхаркивающими смесями для санации трахеобронхиального дерева, воздействие низкочастотным магнитным полем паравертебрально на уровне сегментов С6-Th2 для экономизации сердечной деятельности и восстановления гемокоагуляционного потенциала. Важное место в комплексной реабилитации отводилось физическому аспекту. Методика лечебной физкультуры применялась, в зависимости от принадлежности больного к одной из трех групп по классификации ВОЗ. К первой группе относили больных со стенокардией без перенесенного инфаркта миокарда, ко второй — с постинфарктным кардиосклерозом, к третьей — с постинфарктной аневризмой левого желудочка. В процедуру лечебной гимнастики включали : щадящий массаж рук, ног, боковых поверхностей туловища, спины, индивидуально подобранные дыхательные упражнения (статические и динамические), динамические и изометрические упражнения в соотношении 1:2 с дыхательными. Учащение пульса допускалось не более 10%. Длительность процедуры 15-20 минут. Применялась также дозированная ходьба, дозированные подъемы на ступеньки лестницы, тренировки на велоэргометре по специальным схемам. Занятия проводились индивидуальным методом, ежедневно. При анализе ЭхоКГ рассчитывали общую фракцию выброса (ОФВ). В группе обследованных больных при ЭхоКГ исследовании в послеоперационном периоде на фоне проведения реабилитационных мероприятий отмечается увеличение числа больных с ОФВ в пределах нормы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование комплексного подхода в реабилитации больных, перенесших операцию АКШ, является обоснованным и безопасным методом, позволяющим улучшить качество жизни пациентов и повысить их адаптацию к физическим нагрузкам.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Лондон Е.М., Ермакова Л.В., Корецкая А.Ю.

г. Ростов-на-Дону, Государственное учреждение здравоохранения "Врачебно-физкультурный диспансер" Ростовской области

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что ХСН остается одним из самых распространенных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы, сопровожда-

ящееся частыми госпитализациями пациентов при высокой стоимости стационарного лечения. В связи с этим, актуальным является поиск наиболее эффективных в медицинском и экономическом плане методик реабилитации данной группы пациентов.

В условиях Ростовского областного врачебно-физкультурного диспансера (РОВФД) оказывается высококвалифицированная помощь больным с ХСН с использованием рационального сочетания медикаментозной терапии и методов физической реабилитации. Непременным условием является подбор адекватного состоянию и возможностям больного уровня физической нагрузки, с целью предотвращения развития патологического ремоделирования левого желудочка и нарастания проявлений сердечной декомпенсации.

Индивидуальный подбор фармакотерапии и величины физической нагрузки, включающей различные режимы лечебной гимнастики (ЛГ), дозированной ходьбы и использование велотренажера, проводится на фоне постоянного динамического контроля и анализа общего самочувствия, клинического статуса, качества жизни, гемодинамических показателей и толерантности к физической нагрузке. В 2002 году в отделение ЛФК были направлены кардиологом 76 пациентов с ХСН II и III функциональных классов, средний возраст которых составил 60,8 года. Причиной ХСН у 42 больных (55,3 %) выступала ИБС, у 14 (18,4 %) — эссенциальная (АГ), 20 пациентов (26,3 %) имели сочетанную патологию ИБС и АГ. Продолжительность курса лечения — 6 месяцев. В начале курса и после его завершения проводился тест с 6-ти минутной ходьбой, у больных с АГ проводилось суточное мониторирование артериального давления. В результате завершили курс лечения с положительной динамикой 71 человек (93,4 %), 5 больных были исключены из группы наблюдения в связи с обострением сопутствующих заболеваний. В группе лиц, завершивших курс лечения, отмечалось: повышение качества жизни (по данным опросника) в 100 % случаев; улучшение клинического состояния в виде уменьшения отеков в 100 % случаях и снижения с 81 % до 50 % частоты субъективного ощущения сердцебиения. Практически у всех пациентов отмечалось уменьшение чувства нехватки воздуха, общей слабости, тревожности и беспокойства, снижение систолического и диастолического АД по данным суточного мониторирования, рост толерантности к физической нагрузке. К концу курсового лечения к III ФК можно было отнести 12 пациентов, ко II ФК — 49, а в I ФК перешли 10 обследованных пациентов.

Таким образом, комплексная медицинская реабилитация больных с ХСН II и III ФК, с использованием ее медикаментозной и физической составляющих, является обоснованным и безопасным методом, позволяющим улучшить качество жизни пациентов, повысить их адаптацию к физическим нагрузкам и снизить функциональный класс сердечной недостаточности.

ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-КОРРИГИРУЮЩАЯ СИСТЕМА «ДИКНОС»

Любченко.В.Ю

г. Тольятти, ЦМТ ОАО "АВТОВАЗ". НПЦ ОТ "ВАЛЕО-ЛАДА"

Одной из распространенных заболеваний у школьников, является нарушения опорно-двигательной системы, главное место среди которых, занимают нарушения осанки и деформация позвоночника.

Нами разработана оздоровительно-корректирующая система "ДиКНОс" — Диагностика и коррекция нарушения осанки. Показанием для занятий данной системой являются результаты компьютерной оптической топографии. (Сарнацкий.В.Н)

Цель учебной программы — обучение детей упражнениям, которые позволяют корректировать и поддерживать нормальную осанку. Программа направлена на решение следующих задач: 1)Сохранение и укрепление здоровья, развитие физических качеств детей и их двигательных способностей; 2)Коррекция и профилактика нарушения осанки; 3)Расширение двигательного опыта посредством использования и освоения физических упражнений. Настоящая программа рассчитана на два года занятий и предполагает дополнительную физическую нагрузку (к школьной) из расчета на одну группу по 96 часов в год (1час X 2раза в неделю). В основе оздоровительно-корректирующей системы "ДиКНОс" положен принцип построения занятий, оздоровительной системой "ИЗОТОН". Селуянов.В.Н. Эта система позволяет поддержать необходимый уровень развития целого ряда двигательных качеств и способностей. Контроль за — эффективностью проводимых занятий, проводится в виде мониторинга, методом компьютерной оптической топографии, через 4-6месяцев и в форме тестирования, используя, автоматизированную компьютерную программу "Экспресс-оценка физического здоровья школьников" (ФЦ ЛФК и СМ МЗдр.РФ). По результатам обследований (более шести тысяч обследуемых) методом компьютерной оптической топографии. Нами отобрано 15 видов осанок, к каждой подобран адекватный комплекс корректирующих упражнений, куда включены: методика сенсомоторной активации по V.Janda(1990), пострещипрокная релаксация, различные стретчи, силовые упражнения в изотоническом режиме, коррекция патологического двигательного стереотипа.

Классификация видов клинических групп.

- 1.Нормальная гармоничная осанка.
- 2.Сколиотическая осанка.
- 3.Кифозированная осанка.
4. Гипо-кифозированная осанка.
5. Кифо-сколиотическая осанка.
6. Гипо-кифо-сколиотическая осанка.
7. Лордозированная осанка.
8. Гипо-лордозированная осанка.

-
9. Лордо-сколиотическая осанка.
 10. Гипо-лордо-сколиотическая осанка.
 11. Гипо-кифо-лордозированная осанка (плоская спина).
 12. Гипо-лордо-кифо-сколиотическая осанка.
 13. Кифо-лордозированная осанка (Кругло-вогнутая спина).
 14. Лордо-кифо-сколиотическая осанка.
 15. Скрученная осанка.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Лядов К.В., Мухарлямов Ф.Ю., Литвякова И.В., Смирнова М.И.
г. Москва, Национальный медико-хирургический центр Минздрава России

Медицинская реабилитация (МР) является важнейшим фактором комплексного лечения пульмонологических больных в совокупности с медикаментозной терапией. При хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) задачами МР являются улучшение бронхиальной проходимости, повышение альвеолярной вентиляции и диффузионной способности легких, снижение дозы лекарственных препаратов до минимально поддерживающих, развитие адаптивных возможностей организма с целью достижения максимально высокого уровня качества жизни. Проведено комплексное обследование 53 пациентов, страдающих ХОБЛ (36 мужчин, средний возраст 47 лет, 17 женщин, средний возраст 46 лет), из них 35 больных страдало хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), 18 — бронхиальной астмой (БА) легкой и среднетяжелой степенью течения. Всем больным была проведена спирография и эргоспирометрическое исследование с помощью системы Erich Jaeger, Германия, позволившее изучить толерантность к физической нагрузке, комплексно оценить состояние кардиореспираторной системы, выявить адаптивные и резервные возможности организма. После верификации диагноза были составлены комплексные программы МР, включавшие ингаляционную небулайзерную терапию с бронхолитиками, муколитиками и противовоспалительными препаратами, аэроионотерапию, фитароматерапию, ручной массаж грудной клетки, комплексную галотерапию и физическую реабилитацию (ФР). ФР состояла из занятий на циклических тренажерах и силовых тренажерах, проводилась под контролем телеметрической системы, позволяющей мониторировать артериальное давление, частоту сердечных сокращений, состояние сегмента ST электрокардиограммы, насыщение гемоглобина кислородом (SatO₂), оценивать возможные нарушения ритма. ФР проводилась в ежедневно ступенчато возрастающем режиме до достижения субмаксимальной нагрузки, оцениваемой по

клиническому состоянию пациента: выраженности тахикардии, одышки и других симптомов гипоксии, артериального давления и значению мониторируемых параметров, приведенных выше. Каждому больному был проведен курс МР из 10 комплексов процедур. Полученные результаты показали высокую эффективность МР как лечебного мероприятия при ХОБЛ. На 4-5-й день лечения отмечалось существенное улучшение бронхиальной проходимости по данным спирографии, улучшалась дренажная функция бронхов и общее состояние пациентов. Побочных реакций, обострения болезни или ухудшения состояния на фоне физиотерапевтического лечения отмечено не было. Переносимость ФР у всех больных была удовлетворительная, при БА средней тяжести давалась нагрузка в среднем на 20 ватт меньше, чем при других формах ХОБЛ. Начиная с 5-6-го занятия ФР показатель SatO₂ стабилизировался на уровне не ниже 95%, артериальное давление на оптимальном для данного пациента уровне. У 78% больных после курса МР отмечалось увеличение ЖЕЛ в среднем на 19% и показателей бронхиальной проходимости — в среднем на 32%. Пациенты отмечали улучшение общего самочувствия, повышение двигательной активности, толерантности к физической нагрузке, при этом у 76% больных удалось снизить дозы базисных лекарственных препаратов. Таким образом, применение комплексов МР у больных, страдающих ХОБЛ, является высокоэффективным методом немедикаментозной терапии, позволяющим достоверно стабилизировать респираторную функцию легких, уменьшить объем медикаментозной терапии и существенно повысить качество жизни пациента.

НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ И ЛЕЗЕРОТЕРАПИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ И БОЛЕЗНЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Лян Р.В., Орешенков М.М., Сологуб И.В.

Россия, г. Москва, Врачебно-физкультурный диспансер "Динамо" Московской городской организации

Безмедикаментозные технологии купирования болевых синдромов в экстремальных соревновательных и тренировочных условиях на сборах и лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата — всегда актуальные проблемы спортивной медицины.

Локальная гипотермия охлаждающими спреями и пакетами имеют как положительные так и отрицательные свойства. К последним относятся токсичность и неэкологичность. Как средство первой помощи спреи применимы на откры-

тых площадках. Противопоказаны при челюстно-лицевых травмах из-за возможного попадания на слизистые и вдыхания паров. Большинство инъекционных анестетиков и стероидных препаратов отнесены к допингам и подлежат обязательной декларации.

В качестве первой помощи на соревнованиях (единоборства — бокс, рукопашный бой, самбо, фехтование и др.) для обезболивания нами применяются методы нейроимпульсной стимуляции. Используются последние поколения портативных малогабаритных нейростимуляторов. Сила тока подбиралась по субъективному ощущению пациента от "слабого" до "терпимого". Частота импульсов 10 Гц, длительность положит, и отрицат. полуволн 0,2-2 мс. Воздействия на болевую зону 2-3 мин. или более продолжительное время, согласно правилам соревнованиям.

Для травм (ушибов) без повреждений целостности тканей эффект всегда положительный. Появлялась возможность продолжения соревнований. Чрезкожная нейростимуляция через поверхностные рецепторы перекрывают пороги болевой чувствительности.

Положительные результаты при лечении и реабилитации в амбулаторных условиях или на выезде достигнуты при терапии болевых синдромов заболеваний опорно-двигательного аппарата (корешковые синдромы вертеброгенного происхождения, посттравматические артриты и миозиты), перенапряжений сухожильно-связочного аппарата не требующих хирургических методов (240 больных в течение 3-х лет). Основные методы лечения: лазеро-магнитотерапия, или стимуляция электронная (СЭМ терапия), или зональное воздействие чрезкожной нейростимуляцией. Положительный эффект достигается на 3-5 процедуре в результате выраженного противовоспалительного эффекта, улучшения микроциркуляции и внутритканевых обменных процессов.

При воздействии стимулятором электронным малогабаритным терапевтический эффект достигается импульсами, параметры которых близки к диапазонам ритмов головного мозга. При частоте импульсов до 4 Гц — воздействие на мезэнцефалиновую опиоидную систему. При 80 Гц — моноаминовую (норадреналовую и серотониновую) системы.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗАМИ

Мавлиева Г.М., Бодрова Р.А., Пантелеев В.Н.

Республика Татарстан, г.Казань, Казанский медицинский университет, Республиканская клиническая больница восстановительного лечения МЗ РТ

Медико-социальная реабилитация и эффективная коррекция сколиотического процесса в позвоночнике является одной из ключевых в медицине. В последние годы отмечается увеличение больных сколиозом, приводящее к инвалидизации.

Целью данной работы явилось изучение сравнительной эффективности методов восстановительного лечения у больных сколиозами, медленно-прогрессирующим течением, обусловленное остеохондрозом позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) LIV-LV, LV-S1.

Под наблюдением находилось 42 больных в возрасте от 26 до 55 лет, длительностью заболевания 9 3,7 лет. 1 группа — больные (20), принимающие массаж мышц спины и живота и комплекс ЛФК, направленный на укрепление мышц спины и брюшного пресса, общеукрепляющие упражнения. 2 группа — больные (22), принимающие последовательно термотерапию (парафино-озокеритовые аппликации) на участки гипертонуса мышц, специальный массаж определенных мышечных групп с учетом формы деформаций позвоночника и грудной клетки (на стороне искривления применялся тонизирующий массаж, на противоположной стороне — расслабляющий) и индивидуальный для каждого больного комплекс ЛФК с включением корригирующих, симметричных, деторсионных упражнений с учетом клинических проявлений, дуги искривления и выраженности болевого синдрома. Парафино-озокеритовые аппликации проводили на область дуги позвоночника (температура 48-55), длительность процедуры 20 минут, ежедневно. На основании сопоставления двух групп выявлена корреляция с выраженностью клинических проявлений ($r = 0,53$, $p 0,05$). До лечения "клинический индекс" (КИ) составил 7,4 0,34. После проведенного лечения клинический эффект получен во 2-й группе больных: значительное улучшение — у 59,1% больных, улучшение — у 31,8%, незначительное улучшение — у 9,1% больных; снижение КИ до 5,3 0,27 ($p 0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности индивидуального подбора комплекса ЛФК с последовательным применением парафино-озокеритовых аппликаций на участки гипертонуса мышц и массажа мышц спины у больных со сколиозами на разных этапах восстановительного лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ МАЛЫХ ИНСУЛЬТАХ

**Майорова Н.Г., Иванова Н.А., Павлов В.А., Сергеев В.В.,
Бабичева Е.А.**

*РФ, г. Смоленск, медицинская академия; кафедра неврологии и нейрохирургии;
областная клиническая больница*

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) у больных малым инсультом (МИ).

Нами обследовано 28 больных в возрасте от 28 до 68 лет, из них 17 мужчин и 11 женщин. Всем больным проведена компьютерная томография (КТ) головного мозга по стандартной методике. У 20 пациентов подтверждены при КТ головного мозга очаговые изменения, у 8-они не были выявлены. Все пациенты наблюдались в остром периоде заболевания. В неврологическом статусе выявлялись симптомы надъядерного поражения VII и XII пары черепных нервов, легкие моно и гемипарезы, гемигипестезия, координаторные нарушения, дизартрия, моторная афазия. Эффективность и сроки восстановления нарушенных функций мозга оценивалась по данным детального клинического неврологического обследования в 1, 7, 14 и 21 сутки.

Основную группу составили 18 пациентов, которым назначалась медикаментозная терапия и ВЛОК. У 10 из них были выявлены очаговые изменения на КТ головного мозга, у 8 результаты нейровизуализации были отрицательны. Лазеротерапия проводилась гелий-неоновым оптическим генератором ЛТМ-01 с длиной волны 0,63 мкм и мощностью на конце световода 0,5 мВт, 5 сеансов по 30 минут, ежедневно.

Проведена медикаментозная терапия нейропротективными, вазоактивными препаратами 10 больным МИ с верифицированными очагами при нейровизуализации, которые составили группу сравнения.

При применении в комплексном лечении больных МИ ВЛОК улучшение субъективного состояния (головные боли, головокружение) наблюдалось у всех пациентов с 1-2 процедуры лазеротерапии. Восстановление нарушенных функций головного мозга зависело от результатов нейровизуализации. При КТ — негативном малом инсульте регресс неврологической симптоматики наблюдался на 1-2 неделе заболевания, при КТ-позитивном — чаще на 2-3 неделе.

Достоверно значимой разницы в скорости регресса очаговых неврологических симптомов у больных с МИ с наличием очага на КТ, получавших ВЛОК и группе сравнения не выявлено. В тоже время у 40% больных отмечено более быстрое обратное развитие координаторных, чувствительных нарушений и дизартрии.

Таким образом, включение ВЛОК в схему лечения больных МИ, позволяет сократить сроки лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Макарова И.Н., Моисеева И.В., Шимук Н.Ф.

г. Москва, УНЦ Поликлиника МЦ УД Президента РФ

Целью настоящей работы явился анализ эффективности применения комплексной программы профилактики преждевременного старения у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с гипертонической болезнью, в условиях поликлиники.

Исследовано 132 пациента в возрасте от 60 до 85 лет, из них 97 мужчин и 35 женщин. Выделено две группы: 1 группа (101 человек) — больные, начавшие профилактические мероприятия в пожилом возрасте (60-74 года), и 2 (31) — пациенты, начавшие занятия в возрасте старше 74 лет. При первичном анализе клинического состояния было выявлено, что с возрастом увеличивается в процентном отношении число больных 3 ФК стенокардии и 2 ФК хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации NYHA, число больных с нарушениями ритма и проводимости, дисциркуляторной энцефалопатией, гиперлипидемией. Количество больных сахарным диабетом и избыточной массой тела не зависело от возраста и встречалось у 4% исследованных пациентов.

В отделении лечебной физкультуры Поликлиники МЦ в течение 5 лет 2-3 раза в неделю проводились физические тренировки в аэробном режиме с кратковременными (по 20 с — 40 с 1-3 раза в течение занятия) нагрузками в аэробно-анаэробном режиме в виде ходьбы, плавания, гимнастических упражнений в зале или бассейне, на тренажерах. Все пациенты получали медикаментозную поддерживающую терапию (по показаниям): ингибиторы АПФ, В-блокаторы, нитраты.

Применение дыхательных, релаксирующих упражнений для мышц, имеющих локальный или региональный гипертонус, упражнений, увеличивающих силу и выносливость ослабленных мышц, благотворно влияло на тканевое дыхание, на метаболические процессы в миокарде, функцию внешнего дыхания, общее периферическое сосудистое сопротивление. Во всех возрастных группах наблюдалось достоверное снижение АД. Однако степень снижения АД была тем меньше, чем старше возраст. При исследовании в динамике фракции выброса и

сердечного индекса установлено достоверное увеличение их по сравнению с исходными данными. Об эффективности программы можно было судить по снижению интегрального показателя факторов риска и психоэмоциональному напряжению, количеству больных (в %), которые перешли в более высокий ФК: в возрасте 60-64 лет — 19%, 65-69 лет — 15,25%, 70-74 — 9,55%, 75-79 лет — 4,25%, старше 80 лет — 1,9%.

Проведение программы профилактики преждевременного старения показало ее положительное влияние на качество жизни в любом возрасте. Чем раньше начинается профилактика, тем она более эффективна.

ПРИМЕНЕНИЕ КУМЫСА ПРИ ВНЕКУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Макеева Г.К., Филиппова Г.В., Нелюбин Е.В.

г. Уфа, Республика Башкортостан, Башкирский государственный медицинский университет, муниципальная клиническая больница №5.

При лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта важное место занимают местные лечебные факторы, одним из которых в РБ является кумыс. Благодаря особому биохимическому и микробиологическому составу кумыс совмещает в себе ценные свойства высокопитательного диетического продукта и лечебного средства. Освоение в Башкирии в 1964 году промышленной сушки кобыльего молока дало возможность изготовления кумыса из восстановленного сухого кобыльего молока в любом месте потребления для лечения больных на протяжении круглого года.

На клинической базе кафедры факультетской терапии (больница №5 г. Уфы) проведено кумысолечение 425 больным, в том числе 220 — с хроническим гастритом, 105 — с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 140 — с хроническим холециститом, 112 — с хроническим энтероколитом, 40 — с дискинезиями желчного пузыря и толстой кишки.

Кумыс назначался больным на фоне общепринятой терапии с индивидуальным учетом необходимой крепости (90-1500) и температуры (30-320) напитка, времени его приема, однократной (100-150 мл) и суточной дозы (0,3-1 л). Выбор вида кумыса и схема его приема определялись функциональным состоянием желудка, желчного пузыря и кишечника больных. Длительность лечения составляла 3-4 недели. Для оценки эффективности кумысолечения применялись современные лабораторно-инструментальные методы обследования.

Использование кумыса способствовало более быстрой положительной динамике клинических проявлений болезни, чем у лиц контрольной группы, получавших однотипное лечение без кумыса. Повышение секреторной функции желудка отмечалось у 77,6% больных с исходно-пониженными показателями ($p < 0,001$). У 51% больных хроническим холециститом и дискинезиями желчного пузыря наблюдалась стимуляция желчеотделения. У 38,2% больных установлено устранение гипокинетических дискинезий желчного пузыря.

Богатый белковый состав кумыса определил благоприятное воздействие кумысолечения на показатели белкового обмена больных. Отмечено достоверное повышение содержания в сыворотке крови больных четырех незаменимых аминокислот (лизина, валина, гистидина, аргинина) и двух заменимых (аланина и тирозина) ($p < 0,001$).

В процессе кумысолечения наблюдалось количественное и качественное улучшение состава микрофлоры кала больных ($p < 0,01$).

Приведенные данные свидетельствуют о хороших лечебных качествах кумыса, благодаря которым значительно повышается эффективность комплексного лечения больных с патологией желудочно-кишечного тракта. Результатом многолетних исследований явилось уточнение механизмов лечебного воздействия кумыса. Практическую значимость имеет разработка научно-обоснованной методики кумысолечения различных заболеваний органов пищеварения во внекурортных условиях, с применением кумыса, приготовленного из восстановленного сухого кобыльего молока.

УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ

Малыгина М.А.

г. Москва, клиника "Сесиль"

Актуальность проблемы лечения больных с переломами конечностей состоит в постоянном поиске новых путей сокращения сроков восстановления конечности как за счет малотравматичных методов оперативного и консервативного лечения, так и за счет стимуляции репаративных процессов в кости и мягких тканях.

Скорость сращения перелома зависит от многих факторов: от возраста больного, характера и локализации травмы, от наличия сопутствующих заболеваний. Своевременная диагностика повреждений, особенно внутрисуставных переломов сопровождающихся разрывом связок, степень анатомического восстановления целостности сегмента, устранение нестабильности, реабилитацион-

ные мероприятия оказывают непосредственное влияние на исход лечения. Скрепление отломков перелома оперативное или фиксирующими повязками с применением физиотерапии, лечебной гимнастики и медикаментозной обезболивающей терапии не могут оказать адекватного обезболивания, ускорения стимуляции остеогенеза и полноценного восстановления функциональной способности конечности. На сегодняшний день в комплексном лечении больных с переломами конечностей в раннем реабилитационном периоде этим требованиям отвечает экстракорпоральная ударно-волновая терапия (ЭУВТ). 17 больным в возрасте от 25 до 53 лет после репозиции отломков и их фиксации различными металлоконструкциями или фиксирующими повязками (ортезы) начинали с 3-7 дня после травмы или операции курс ЭУВТ, процедуры проводили через 3-4 дня, в среднем по 5 процедур на курс. Низкоэнергетические импульсы ударной волны на первых этапах лечения снимают отек, оказывают рассасывающее действие на гематомы, стимулируют сращение перелома, восстанавливают микроциркуляцию в тканях, тем самым улучшают их трофику, нервную проводимость, препятствуют формированию контрактур в смежных суставах, при уменьшении болевого синдрома и крепкой фиксации перелома разрешены и возможны пассивные и активные движения в поврежденной конечности. В результате применения ЭУВТ аппаратом Swiss Dolor Clast "Electro Medical System" (Швейцария) сроки лечения переломов сократились в 2 раза.

УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ

Малыгина М.А.

г. Москва, клиника "Сесиль"

15 больным со свежими переломами костей различных сегментов проведена ударно-волновая терапия (УВТ). Возраст больных от 27 до 53 лет. Сначала выполняли анестезию места перелома, репозицию и фиксацию гипсовой повязкой, в случаях нестабильных переломов отломки сопоставлялись оперативными методами с помощью различных фиксаторов. Курс УВТ начинали на 3-10 день после травмы или на 3 день после операции, который состоял из 3-6 сеансов. Продолжительность сеанса 3-5 минут. Сеансы проводят амбулаторно через 3-4 дня или один раз в неделю. Побочных эффектов не наблюдалось, что позволяет применять при наличии сопутствующих заболеваний, которые являются противопоказанием для проведения физиотерапевтических процедур, в частности при миомах матки. Артериальное давление и пульс до и после сеанса остаются на-

одних и тех же цифрах. Методика УВТ заключается в том, что ударно-волновой наконечник следует установить в наиболее больные точки на сломанном сегменте. Данные точки определяют пальпаторно или несколькими ударами наконечника. После определения точки максимальной боли начинают идти к ней "от периферии к центру". Процедура болезненная, но по достижении 500 ударов на точку боль притупляется, всего за сеанс больной получает 2000 ударов. Контакт с больным достигают через биологическую обратную связь, т.е. точность расположения наконечника и направление ударов, а также определяют необходимую частоту импульсов (от 6 до 8) на аппарате Swiss Dolor Clast "Electro Medical System" (Швейцария). Источник волн — пневматический, плотность энергетического потока 0,16 мДж/мм², глубина проникновения 35 мм. При наличии переломов воздействие УВТ производят не только на область перелома (для обезболивания, ускорения сращения перелома, рассасывания гематомы и отека), но и на места внедрения сухожилий в кость на смежных суставах сломанного сегмента, что позволяет избежать образования контрактур этих суставов. Время восстановительного лечения после переломов плечевой кости, костей предплечья, плюсневых костей по нашим наблюдениям сократилось в 2 раза, т.е. больные смогли вернуться к работе и своему прежнему образу жизни.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Маневский А.П., Солонец И.И., Коротких Л.И.

г. Москва, Национальный медико-хирургический центр Минздрава России

Проблема объективизации и оценки функциональной активности позвоночника является одной из приоритетных в неврологии, в связи с увеличением частоты различных заболеваний позвоночника, и в первую очередь остеохондроза.

Существующие методы функциональной рентгенографии, МРТ и другие достаточно статичны и не позволяют в динамике оценивать эффективность проводимой терапии, а также формировать программы медицинской реабилитации у больных с заболеваниями неврологического профиля.

Нами оценивалась эффективность современной диагностической системы "Noro-Track" (Германия) — компьютерный монитор функциональной активности, который позволяет индивидуально оценивать показатели двигательной активности в различных отделах позвоночника, а также в динамике оценивать

эффективность проводимых программ медицинской реабилитации. Исследование проведено у 88 больных с различной локализацией остеохондроза позвоночника: 43-шейного отдела, 45-шейного и грудного отдела. Средний возраст обследованных составил $41 \pm 2,3$ года, все работники водного транспорта.

В процессе исследования графически строилась кривая функциональной активности различных отделов позвоночника, которая сравнивалась с нормальными показателями данной возрастной группы, имеющаяся в базе данных и выдавалась в виде заключения. На основе полученных данных строилась программа медицинской реабилитации, которая включала: определение режима двигательной активности, физиотерапевтические технологии, мануальную терапию. Для физиолечения применяли аппаратные комплексы "Nivamat" и "Limfovijn" (Германия), способствующие улучшению микроциркуляции и релаксации соответствующих групп мышц, мануальную терапию применяли в классической модификации в щадящем режиме. Коррекцию двигательной активности определяли после каждой процедуры в соответствии с диагностическими показателями.

Проведенное исследование показало высокую эффективность коррекции функциональных нарушений при остеохондрозе позвоночника у лиц опасных профессий с помощью современных медицинских технологий, а также возможность индивидуального подбора программ медицинской реабилитации с учетом функциональной активности позвоночника.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И РАБОТОСПОСОБНОСТИ СПАСАТЕЛЕЙ МЧС

Мезенцева Е.А., Фаттахов В.В., Хайруллина Н.Р.

г. Казань, Республиканский Центр Реабилитации МЧС Республики Татарстан.

В результате различного рода катастроф страдает большое число людей. Первыми на помощь прибывают спасатели — люди, для которых работа в очаге чрезвычайной ситуации стала повседневной. Работая в экстремальных и быстротечных условиях, спасатели постоянно находятся в стрессовых состояниях, и поэтому нуждаются в постоянном врачебном контроле, медико-психологической поддержке и своевременной реабилитации.

Целью проводимых нами мероприятий было исследование, оценка физического развития и работоспособности спасателей МЧС, прибывающих в РЦР МЧС на курс реабилитации. Исследование проводится согласно программе, разработанной Международным комитетом по стандартизации тестов физической готовности.

Для выявления отклонений в состоянии здоровья спасателей определяли следующие показатели: состояние кожных покровов, осанка, форма ног, стопы, объем грудной клетки (в паузе, на вдохе, на выдохе), жизненный индекс, вес, рост, индекс Кетле, коэффициент Кваса, индекс Эрисмана, динамометрия, в том числе и станочная, пульс, артериальное давление, электрокардиограмма, показатели жизненной емкости легких, пробы Штанге и Генчи, Розенталя, трехминутный бег. Перечисленные параметры взяты для исследования как наиболее информативные, позволяющие определить направленность и эффективность последующих реабилитационных мероприятий, откорректировать тренировочный процесс.

Результаты исследований выявили:

Деятельность сердечно-сосудистой системы у спасателей усилена в покое (по коэффициенту Кваса по отношению к средним значениям такового в популяции) как 4.75:1. При проведении функциональной пробы — трехминутный бег — соотношение нормальных реакций к реакциям с отклонениями составляет 2.8:1. То есть нагрузка обнаруживает при нормальных исходных значениях пульса и артериального давления (в том числе и пульсового) признаки срывов в координированной деятельности сердечно-сосудистой системы.

Отмечается снижение показателей динамометрии, особенно станочной, что, очевидно, связано с явлениями остеохондроза, большими физическими нагрузками на соответствующий отдел опорно-двигательного аппарата.

Практически у каждого третьего обследуемого выявляется высокая утомляемость дыхательной мускулатуры (по пробе Розенталя).

Проведенные исследования подтвердили, что спасатели МЧС, справляются с физическими нагрузками за счет резервных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем, но не за счет тренированности, что чревато более ранним наступлением усталости, утомления, снижения работоспособности.

Поэтому необходимо массовое обследование спасателей для последующей разработки рекомендаций и, возможно, стандартов для отбора при приеме в ряды спасателей, а также разработки максимально эффективных реабилитационных мероприятий для данного контингента.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ- КОЛЯСОЧНИКОВ НА БАЗЕ ЦЕНТРА "ПРЕОДОЛЕНИЕ"

Михайлина Е.Ю.

Самарская область, г. Тольятти, Центр реабилитации "Преодоление"

В обществе назрела социальная необходимость в решении проблем людей, имеющих физические ограничения, возникающие в результате заболеваний, травм или ранений, а также тех, кому приходится передвигаться на инвалидном кресло-коляске в период восстановления или пожизненно. Если отвлечься от фантазий на тему полной физической реабилитации и ее реального воплощения (у автора есть конкретный опыт на эту тему), то можно с определенностью говорить о том, что в России человек, ставший инвалидом, автоматически причисляется к изолированной от общества группе людей. Категория инвалидов-колясочников наиболее незащищена, т.к. отсутствие возможности передвигаться самостоятельно влечет за собой множество комплексов неполноценности различного рода, как со стороны человека на коляске так и окружающих его людей. Остаются невостребованными их знания, таланты, способности.

Решением этой проблемы на уровне Самарской области активно занимается реабилитационный Центр "Преодоление" г. Тольятти.

Программы "Центра" призваны вернуть людей с физическими ограничениями в русло общественной жизни, обеспечить им действенную физическую, психологическую, социальную и профессиональную реабилитацию.

В программу физической реабилитации включены мероприятия, направленные на восстановление физиологических функций, утраченных в результате травм, оперативного вмешательства, длительного пребывания на больничной койке и приводящего к общей детренированности организма. Система занятий по Дикулю в этом отношении дает отличные результаты. Она позволяет восстановить работу ранее не функционировавших мышц, утраченных движений (пусть даже не в полном объеме) а также стабилизировать работу организма в целом. При достижении подопечным определенной физической формы добавляются более усложненные физические упражнения, а также элементы тяжелой атлетики и различных видов спорта. Результатом работы физической реабилитации в "Центре" можно считать — когда человек после перенесенной травмы сделал первые шаги, а высшим результатом — когда инвалидная коляска уже не нужна.

Суть психологической реабилитации заключается в необходимости изменения психологического настроения и социальной активности. На практике это осуществляется следующим образом: то чего нельзя достичь многочасовыми бесе-

дами с психологом, получается в личном контакте с человеком на коляске, ведущим активный образ жизни. Действует принцип: "Делай, как я!". Ставится цель: улучшение эмоционального состояния, прекращение затворнического образа жизни, изменение взглядов инвалидов о своем месте в обществе, возвращение в сферу нормальных человеческих отношений. После прохождения курса реабилитации инвалиды-колясочники плодотворно работают в общественных организациях, участвуют в жизни города и области, создают фирмы, которые предоставляют рабочие места для инвалидов, учатся в нескольких учебных заведениях и т.д.

Одним из основных направлений реабилитационного "Центра" является организация и проведение учебно-тренировочных сборов по активной реабилитации, на которых инвалиды-колясочники проходят интенсивный двухнедельный курс по оригинальным методикам с использованием максимальных возможностей коляски активного типа. Для достижения наилучших результатов используется гибкий график тренировок, длительность которых в общей сложности составляет 4,5 часа (т.е. 3 тренировки по 1,5 часа). Проводятся занятия по технике владения коляской активного типа (вес 10 кг), после которых инвалид получает возможность без посторонней помощи преодолевать различные препятствия в виде бордюров, лестниц (подъем и спуск), передвигаться по пересеченной местности и т.д. В программу включены тренировки: по плаванию, настольному теннису, спортивным и подвижным играм, иппотерапии, пейнтболу и многое другое. Особенностью таких сборов является то, что все виды тренинга проводят инвалиды-колясочники, в совершенстве владеющие методиками и ведущие активный образ жизни. В качестве помощников во время проведения сборов, приглашаются волонтеры из числа здоровых людей. Во время обучения инвалидов-колясочников и волонтеров знакомят с правилами личной гигиены, средствами реабилитации, психологией поведения в обществе, вопросами брака и семьи, сексуальной реабилитацией. Результатом работы является: создание семей, как между колясочниками, так и колясочников с ходячими. На сегодняшний день в совместных браках рождено 8 здоровых детей.

Получив достаточный психологический настрой, обрета и набрав опыт независимой, самостоятельной жизни, инвалид-колясочник получает возможность применить свои знания, умение и навыки в профессиональной сфере. Программа профессиональной реабилитации призвана помочь человеку на коляске получить новую профессию. Обучение проводится как на базе "Центра" по специальным программам, так и за его пределами.

ПРИМЕНЕНИЕ МАССАЖА НА РАННИХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Морозов П. Ю.

НИИНХ им Н. Н. Бурденко, отделение реабилитации.

Принципы ранней реабилитации больных, перенесших нейрохирургическое вмешательство и острую патологию головного мозга, были предложены В.Л. Найденым более 30 лет назад. Ранняя реабилитация после черепно-мозговой травмы (ЧМТ) имеет особую этапность течения и постепенно выделяется в особую научную тему. В восьмидесятых годах появились данные о прямой зависимости регресса последствий ЧМТ от времени начала физической реабилитации. Чем раньше после травмы начиналась реабилитация, тем быстрее и выше достигался результат. Сейчас специальная реабилитационная программа проводится уже в отделении реанимации на стадии стабилизации витальных функций.

На первом этапе массаж является доминирующим средством реабилитации. В этот период, как правило, отсутствует произвольность и возможность контакта с больным. Практически всегда есть нарушения мышечного тонуса (его тотальное снижение, диссоциация по оси, постоянное или пароксизмальное повышение). Здесь массаж играет роль пассивного активизатора, который мягко повышает возбудимость центральной нервной системы, усиливает рефлекторные мышечные реакции.

Основной проблемой раннего этапа является отсутствие контакта со своим собственным телом и обездвиженность больного, что приводит к трофическим расстройствам и застойным явлениям: пролежни, контрактуры, застойная пневмония, запор. Основная задача: максимально возможная активизация больного.

Для достижения результата проводится массаж грудной клетки под контролем данных с монитора и аппарата ИВЛ (только в режиме СРАР). Преимущественно используются приемы глубокого поглаживания и растирания, а так же редукации. Приемы выполняются в такт дыханию, синергично дыхательной мускулатуре. В результате дыхание больного на некоторое время становится более физиологичным, улучшается вентиляция легких, повышаются дыхательные рефлексы, становится возможным перевод на самостоятельное дыхание. Иногда применяется лечение положением: выкладывание на бок, фиксация сегмента грудной клетки и растягивание противоположных сегментов с помощью валиков, выкладывание на живот, присаживание в постели. Таким образом, для данного этапа характерно размывание границ между массажем и приемами лечебной физкультуры.

При стабильном артериальном давлении проводится массаж конечностей и спины. Основная нагрузка ложится на приемы растирания и разминания. Задачей является усиление микроциркуляции крови, повысить эластические свойства кожи, мышц и связок суставов, предотвратить возникновение межфасциальных рубцов. После массажа полезно проводить пассивные движения в каждом суставе конечности, не исключать мелких суставов кисти и стопы. Рекомендуются движения в квазимаксимальном объеме вокруг всех осей сустава. Особое внимание обращается на плечевые и голеностопные суставы, где в первую очередь возникают тугоподвижности. Необходимо также акцент на области крестца, ягодицах и области лопаток.

В первые недели после ЧМТ наблюдается значительная потеря веса (до 20%). В результате уменьшения жирового слоя, дистресса, ухудшения трофики и малоподвижности в местах костных выступов могут возникать пролежни. Массаж спины проводится в положении пациента лежа на животе, что способствует усилению кровоснабжения головного мозга, увеличению брюшного давления и перистальтики кишечника, повышению тонуса гладкой мускулатуры мочевого пузыря. Улучшается отток секрета из бронхов.

СПЕКТРАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СКОЛИОЗОМ

Мутовкина Т.Г., Быков Е.В., Шорин Г.А., Чаплинский В.В.

г. Челябинск, Южно-Уральский государственный университет, факультет Валеологии, физической культуры и спорта, кафедра физической и психической реабилитации, Челябинская школа-интернат №1.

Патология опорно-двигательного аппарата у детей и подростков занимает лидирующее положение, имея тенденцию с возрастом к увеличению (от 280‰ в 7-8 классах до 340‰ в 11-ом). Значительные нарушения со стороны позвоночника при сколиозе оказывают негативное влияние на состояние внутренних органов и систем, в том числе — на сердечно-сосудистую систему. Нарушения центральной и периферической гемодинамики могут сами явиться важным патогенетическим звеном в прогрессировании заболевания. В доступной литературе отсутствуют сообщения о комплексном изучении показателей центральной и периферической гемодинамики и их спектральных характеристиках, что открывает качественно новые перспективы оценки состояния и понимания закономерностей высоких уровней нервной регуляции сердца человека. Целью исследова-

ния явилось изучение особенностей центральной и периферической гемодинамики и их спектральных характеристик у детей со сколиозом 2-3 степени. Обследовано 60 девочек 12-13 лет, проходящих лечение в специализированной школе-интернате методом интегральной реографии. На основе быстрого преобразования Фурье осуществлен спектральный анализ показателей центральной и периферической гемодинамики в 4 диапазонах: трех медленноволновых (P1 от 0 до 0,025 Гц; P2 от 0,025 до 0,075 Гц; P3 от 0,075 до 0,15 Гц) и одном высокочастотном (P4 от 0,15 до 0,5 Гц). Группу контроля составили 40 учащихся общеобразовательных школ 1-й группы здоровья. Было выявлено снижение показателей ударного объема и индекса сократимости, более высокие цифры частоты сердечных сокращений и индекса напряжения по Баевскому у детей со сколиозами. При ортопробе у них достоверно выше процент дезадаптивных реакций (значительное повышение ЧСС, систолического давления, индекса напряжения, повышение ударного объема). Для спектральных характеристик отличительным было снижение доли высокочастотного спектра, отражающего влияние парасимпатического отдела вегетативной нервной системы как в положении лежа, так и при проведении ортопробы; рассогласование при ортопробе спектральных характеристик (показатель "середина спектра"), в то время как у здоровых детей выявлена согласованная динамика указанного показателя, суммирующего все влияния в спектре P3 (симпатическая регуляция). Представленные результаты позволили внести ряд корректив в систему реабилитации, в частности, в плане расширения уровня двигательной активности под контролем показателей гемодинамики.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБЫ С 6-И МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КУРСА ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В СТАТИКО-ДИНАМИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Некоркина О.А., Кешишян И.В.

Россия, г. Ярославль, государственная медицинская академия, кафедра лечебной физкультуры и врачебного контроля с курсом физиотерапии

В настоящее время является актуальным использование простых тестов для определения толерантности к физической нагрузке и оценки эффективности лечебной гимнастики (ЛГ) у больных ишемической болезнью сердца

(ИБС). В последние годы возрос интерес к применению пробы с 6-и минутной ходьбой у пациентов с ИБС, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Цель: оценить влияние курса ЛГ в статико-динамическом режиме (СДЛГ) на субъективное состояние больных ИБС, осложненной ХСН.

Материал и методы: обследовано 15 больных ИБС с признаками ХСН в возрасте от 52 до 68 лет. Из них: 9 человек имели в анамнезе инфаркт миокарда, у 2 пациентов диагностирована ХСН I функционального класса (ФК), у 5 пациентов-II ФК, у 8-III ФК, у 1-

IY ФК (по классификации NYHA). Все больные наблюдались в амбулаторных условиях и получали стандартную терапию в поддерживающих дозах нитратами и β -адреноблокаторами. Занятия ЛГ проводились в течение 3-х недель в рамках Y-YI ступени двигательной активности.

Основная группа из 10 человек занималась ЛГ в статико-динамическом режиме (СДЛГ),

группа сравнения из 5-и человек — в традиционном динамическом режиме (ДЛГ). Изометрические упражнения вводились в основную часть процедуры ЛГ и чередовались с дыхательными динамическими упражнениями в соотношении 1:1 или 1:2.

Проба с 6-и минутной ходьбой применялась по известной методике с использованием модифицированной шкалы Борга. В начале и в конце курса после проведения пробы оценивались в баллах следующие показатели субъективного статуса больных: боли, одышка, сердцебиение, усталость. Обе группы были статистически однородными.

Результаты: расстояние, пройденное пациентами обеих групп при проведении 2-ой пробы достоверно превышало расстояние, пройденное первоначально, причем в основной группе оно было на 15,9% больше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). Все показатели субъективного статуса в обеих группах после всего курса имели положительную динамику. Однако достоверными были следующие изменения: у больных основной группы в отличие от группы сравнения отмечалось снижение выраженности одышки на 7,3% ($p < 0,05$), сердцебиения — на 9,2% ($p < 0,02$). Кроме того, у больных основной группы в конце курса было выявлено снижение суммы баллов по шкале Борга на 17,5% ($p < 0,05$).

Выводы: тест с 6-и минутной ходьбой у больных ИБС, осложненной ХСН, показал, что пациенты, прошедшие курс СДЛГ, имели более высокую толерантность к физической нагрузке, чем лица, занимавшиеся по традиционной методике.

Проба с 6-и минутной ходьбой доступна для применения в условиях поликлиники и стационара. Дальнейшему изучению подлежат вопросы, касающейся прогностической значимости данного теста.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЛОНГИРОВАННОГО КУРСА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В СТАТИКО- ДИНАМИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Некоркина О. А.

Россия, г. Ярославль, государственная медицинская академия, кафедра лечебной физкультуры и врачебного контроля с курсом физиотерапии

В настоящее время не вызывает сомнений положительная роль физических упражнений в реабилитации больных инфарктом миокарда. Является актуальным применение новых методов реабилитации с целью создания оптимальных условий для восстановления показателей центральной гемодинамики, в том числе, ответственных за сократительную способность миокарда.

Цель: оценить влияние лечебной физкультуры в статико-динамическом режиме после стационарно-поликлинического курса физической реабилитации у больных инфарктом миокарда на показатели центральной гемодинамики, частоту случаев стойкой утраты трудоспособности и повторной госпитализации по поводу основного заболевания.

Материалы и методы: обследовано 35 больных с верифицированным диагнозом "острый инфаркт миокарда", средний возраст $60,3 \pm 1,3$ лет. В 1 группу вошли 23 пациента, занимавшиеся в стационаре и амбулаторно статико-динамической лечебной физкультурой, во 2 группу — 12 больных, занимавшиеся лечебной физкультурой по традиционной методике в динамическом режиме.

Лечебная физкультура включала: утреннюю гигиеническую гимнастику, занятия лечебной гимнастикой и дозированную ходьбу. Изометрические упражнения вводились в основную часть занятия лечебной гимнастикой и чередовались с динамическими дыхательными упражнениями в соотношении 1:1 или 1:2. Занятия начинались со 2-3 дня от начала заболевания и непрерывно продолжались до 4-6 месяца после выписки. Разработанные комплексы лечебной гимнастики использовались с учетом ступени двигательной активности у данных больных. Анализ эффективности статико-динамической лечебной физкультуры у больных инфарктом миокарда проводился после освоения ими VII ступени двигательной активности.

Использовались: электрокардиографический, эхокардиографический методы исследования и грудная тетраполярная реография.

Результаты: у больных 1 группы, по сравнению со 2, ударный объем крови достоверно был выше на 14,7%, начальная скорость повышения внутрижелудочкового давления — на 35,4%, внутрисистолический показатель — на 4,3%, фракция выброса — на 15,2%. Среди больных инфарктом миокарда, занимав-

шихся статико-динамической лечебной физкультурой, повторно, по поводу основного заболевания было госпитализировано на 7,6% меньше, чем занимавшихся динамической лечебной физкультурой ($p < 0,05$).

Выводы: учитывая вышеуказанные преимущества включения изометрических упражнений в традиционную методику лечебной физкультуры, предпочтительным является назначение лечебной физкультуры с использованием статико-динамических нагрузок.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДИСФУНКЦИИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ТАЗОВОГО РЕГИОНА У ДЕТЕЙ

Неретина Е.В.

г. Иркутск, Областная детская клиническая больница

Диспластическая патология тазового пояса в общей структуре больных детей с заболеваниями опорно-двигательной системы по данным ортопедо-травматологического отделения и диагностического центра Иркутской области детской клинической больницы составляет 85%.

Нами наблюдалось 137 пациентов в возрасте от рождения до 15 лет.

Отмечено, что 76% детей с асимметрией таза жалуются на "перекос тела", 82% пациентов отмечали боли в поясничной области, 10% пациентов имели жалобы на хромоту. При осмотре пациентов в возрасте отмечалось асимметрия расстояний от пупка до переднее-верхних остей подвздошных костей, разница в относительных длинах нижних конечностей, асимметрия половой щели и кожных складок. Определялось ограничение отведения бедра с одной из сторон.

Различная ориентация сегментов таза в пространстве подтверждалась пространственным компьютерным конструированием и дало основание для определения асимметрии как "многоплоскостной".

Наиболее достоверными исследованиями при изучении форм и развитие таза послужили компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

Методы лечения асимметрии таза включали приемы мануальной терапии и постизометрической релаксации мышц.

Из физических методов лечения наибольшее распространение получили: классический массаж, лечебная гимнастика, электростимуляция мышц, грязелечение, водолечение.

Пациенты до года были выделены в отдельную подгруппу, им был проведен метод лечения, включающий классический массаж, лечебную гимнастику с ис-

пользованием рефлекторных упражнений и мануальная терапия с применением постизометрической релаксации мышц.

Эффективность лечения была оценена с помощью статистического метода обработки с применением метода сигмального отклонения.

Суммируя данные по проблемам реабилитации больных с дисфункцией тазового региона, мы сделали выводы о том, что наряду с общепринятыми методами лечения такими как симметричная лечебная гимнастика, классический массаж, физиолечение, курортное лечение, существенное значение имеют современные методы воздействия на костно-мышечные структуры, а именно мануальная терапия и постизометрическая релаксация мышц.

ПРОГНОЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ В СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ С МИКРОАНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Павловичева Л.П., Иванов К.М., Ишанова Н.Л., Фавер В.С., Суходолец В.А., Вялкова Е.И., Мохов Ю.П.

г. Оренбург, областной врачебно-физкультурный диспансер, медицинская академия.

Под длительным наблюдением, в среднем в течение 4,5–0,7 лет, находилось 44 спортсмена, 39 мальчиков и 5 девочек, в возрасте 15,4–1,2 лет, занимающихся спортивными играми (13 человек), плаванием (14), легкой атлетикой (7), теннисом (4), военизированными видами спорта (6). У всех спортсменов при первичном обследовании был выявлен клинически, с последующим эхокардиографическим (ЭхоКГ) подтверждением, синдром дисплазии соединительной ткани (СДСТ) с микроаномалиями сердца в виде пролапса митрального клапана (ПМК), в 28 случаях в сочетании с ложной хордой левого желудочка и в 14 случаях с пролапсом трикуспидального клапана, без патологических изменений на ЭКГ. Во время последующих осмотров, при плановой диспансеризации и в соревновательном периоде, регистрировались изменяющиеся фенотипические признаки СДСТ, аускультативные данные, ЭКГ, ЭхоКГ, которые сопоставлялись с ростом спортивных результатов и другими клиническими параметрами. ЭхоКГ-обследование проводилось не реже 2 раз в год, а при необходимости (изменение аускультативной картины, результатов проб с физической нагрузкой и т.д.) и чаще.

В динамике у всех спортсменов был рост спортивных результатов при хорошем субъективном состоянии. У 24 спортсменов (54,5%) показатели ЭхоКГ не изменились. У 16 (36%) наблюдалась положительная динамика в виде умень-

шения глубины ПМК (8), вплоть до полной нормализации ЭхоКГ (2), исчезновения ПТК (4), уменьшения регургитации на клапанах легочной артерии (2). В 4 случаях имела отрицательная динамика, связанная с появлением потока регургитации при ПТК (3) и ПМК (1), у 2 спортсменов имеющая временный характер, у 2 с прогрессирующим ухудшением показателей внутрисердечной гемодинамики, потребовавшей отстранения от спортивной деятельности. Во всех случаях этому предшествовали различные болезни (чаще острая респираторная вирусная инфекция), на фоне которых продолжались тренировки. Следствием этого было не только прогрессирующее ухудшение ЭхоКГ данных, но и появление на ЭКГ признаков дистрофии миокарда, свидетельствующие о физическом перенапряжении.

Таким образом, у подавляющего большинства юных спортсменов с микроаномалиями сердца длительные, рациональные, постоянные занятия спортом либо не изменяли, либо улучшали показатели внутрисердечной гемодинамики. Ухудшения связаны с нарушениями в тренировочном процессе. Разработка вопросов комплексного, этапного наблюдения позволяет решить задачи спортивного отбора, прогноза и диспансеризации.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КИНЕЗОТЕРАПИИ СПОНДИЛОГЕННЫХ БОЛЕЙ

Пестова Л. А., Казаков В. Ф., Пестов Ю. Д.

Самарская область, санаторий "Волжский Утес", Медицинский центр Управления делами Президента Российской Федерации

В последнее время особое внимание уделяется методам воздействия на мышцы и фасции тела в связи с ролью этих структур в возникновении как самостоятельных, так и вызванных поражением позвоночника, болевых синдромов.

В структуре болевого синдрома выделяют 4 фактора: миогенный, артрогенный, связочно-фасциальный, дискогенный. Миогенный фактор сопровождает любой из вышеперечисленных факторов. В связи с этим в рамках спондилогенных болей должны быть выделены мышечные боли, обусловленные чаще всего мышечно-тоническим расстройством. Система восстановительного лечения, применяемая нами, наряду с классической лечебной физкультурой, физиотерапией, рефлексотерапией включали в себя курсы ручного классического массажа в сочетании с мягко-тканевыми методиками мануальной терапии. Такие курсы лечения прошли 369 больных, из них женщины 273 человека (75,8%) и мужчин 87 человек (24,2%) в возрасте от 25 до 58 лет. У всех у них фиксирова-

лись симптомы цервикалгии, торакалгии, люмбалгии, люмбишалгии. Перед началом лечения проводилось функциональное мышечное тестирование с целью топической диагностики поражения мышц. Затем проводился индивидуальный подбор техник воздействия в соответствии с характером и локализацией выявленных дисфункций. Применялся сеанс ручного массажа соответствующей анатомо-топографической зоны, после которого применялось в зависимости от показаний постизометрическая релаксация мышц, миофасциальное расслабление по методу И. Фоссгринга, кожнофасциальный релизинг, метод мануальной инактивации триггерных точек. Эти техники устраняли локальный мышечный гипертонус, нормализовали подвижность мягких тканей за счет ликвидации натяжения мышечных волокон и фасциального футляра в очаге гипертонуса. Курс лечения состоял в среднем из 7-9 процедур. По окончании курса интенсивность боли существенно уменьшалась, возрастал объем движений в пораженной зоне, отмечалась положительная динамика данных мышечного тестирования (оценка в баллах). Добившись исчезновения участков мышечного напряжения пациенты обучались выполнению специальных упражнений на растяжение, специфичных для каждой мышцы с целью формирования адекватного статодинамического стереотипа позвоночника. Лечебный эффект сохранялся в среднем 6-8 месяцев.

Таким образом индивидуальный современный подход к лечению больных спондилогенными болями обеспечивает высокую эффективность лечения, позволяет профилактизировать рецидивы болевых синдромов, повышает качество жизни больных.

ГИПОКСЕН В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ СПОРТСМЕНОВ-ИНВАЛИДОВ К VIII ЗИМНИМ ПАРАЛИМПИЙСКИМ ИГРАМ В СОЛТ-ЛЕЙК-СИТИ (США) 2002 г.

Поляев Б.А., Парастаев С.А.

г. Москва, Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры ФУВ Российского государственного медицинского университета

Цель. Коррекция выявленных отклонений в адаптационных механизмах у спортсменов-паралимпийцев перед началом Паралимпийских игр.

Методы. Под наблюдением находилось 28 паралимпийцев (лыжные гонки и биатлон — 19 чел., горные лыжи — 9 чел.). За 2 месяца до игр 8-ми спортсменам со значительными нарушениями назначали Гипоксен в среднесуточной до-

зе из расчета 0,03 г/кг в сутки, которую распределяли на 2 приема (за 1 час до утренней и вечерней тренировок); проводили по два 10-дневных цикла с недельным перерывом. Остальные спортсмены принимали по 1,5 г/сут.

Результаты. Применение препарата Гипоксен позволило оптимизировать характер медицинских мероприятий на этапах заключительной подготовки и участия в VIII зимних Паралимпийских играх российских спортсменов-инвалидов. Было выявлено позитивное влияние Гипоксена на следующие факторы: адаптация к условиям среднегорья (т.е. к состоянию гипоксической гипоксии); увеличение адаптационных резервов; повышение психологической устойчивости; оптимизация процессов восстановления после интенсивных физических нагрузок; купирование болевого синдрома; нормализация внутрисердечной проводимости, метаболических и электролитных сдвигов в миокарде; повышение общей работоспособности.

Вывод. Гипоксен целесообразно использовать в программах фармакологического обеспечения тренировочного процесса и соревновательной деятельности в различных видах спорта как средство ускорения темпов восстановления, повышения физической работоспособности и результативности спортивных тренировок.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОЛОГИИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ СПОРТИВНОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ.

Пономарева В.В.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Последнее время внимание ученых и врачей направлено на изучение нелекарственных методов лечения, основанных на восточной и западной традиционной медицине.

Американские ученые Д.Гудхард, Д.Уайтсайд и другие разработали систему мышечного тестирования и коррекции, а также выявили взаимосвязь: эмоции — мышцы — энергетические меридианы — органы.

На ответственных соревнованиях была оказана помощь спортсменам сборной России с помощью системы кинезиологии. Суть этой системы составляет диагностика по мышечному тестированию и коррекция на основе рассеивания пережитых стрессов и затем закрепление положительных программ с помощью балансируемых упражнений. Эта работа проводится индивидуально с каждым спортсменом. Приведем несколько конкретных примеров.

Спортсменка Г., член сборной команды по легкой атлетике (прыжки в длину) жаловалась на частые травмы во время выполнения прыжков, плохой сон, нервозность, не всегда точно попадает на планку. В процессе работы, уже после первого сеанса, сон у спортсменки улучшился, она стала спокойнее, общее состояние также улучшилось. После шести сеансов спортсменка стала более уверена в себе, улучшилась точность попадания на планку во время прыжка.

Спортсменка С., член сборной команды по спортивной гимнастике, 18 лет, жаловалась на травму кисти и предстартовый страх. После работы боль в кисти прошла, выступила хорошо.

Спортсмен Ф., член сборной по настольному теннису, 22 года, жаловался, что во время игры теряет концентрацию, отвлекается на посторонние мысли. После работы отмечал, что улучшилась концентрация во время игры, появилась большая уверенность.

Спортсменка Г., член сборной команды по художественной гимнастике, 18 лет, жаловалась на неуверенность и боли в левой стопе, невозможность встать на полупальцы. После работы уверенно заняла I место в упражнениях с лентами и булавами, общее II место.

Спортсмен Ш., член сборной по фехтованию, жаловался на частые травмы кисти и боли во II пальце правой руки. После работы боль стихла, занял II место в личном первенстве и вывел команду на I место.

Спортсменка А., член сборной по легкой атлетике (спортивная ходьба), 27 лет, жаловалась на страх и неуверенность, недостаток силы и воли бороться за победу, страх, что сойдет с дистанции. После работы замечательно и легко прошла дистанцию, заняла III место.

Таким образом, индивидуальная работа со спортсменами по системе кинезиология помогает улучшить их психосоматическое состояние и результативность.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Поспелов А.А.

г. Москва, Центр восстановительной медицины Центральной клинической больницы МПС России

Наиболее распространенным проявлением заболеваний опорно-двигательной системы человека являются вертеброгенная патология (остеохондроз позвоночника, грыжи межпозвоковых дисков, радикулиты и др.) и артропатологические изменения (деформирующий артроз, артрит).

В последнее время наибольшее распространение получила теория мультифакторной природы заболеваний опорно-двигательной системы.

Клинику всех синдромов, обусловленных патологией позвоночника, можно условно разделить на две части. Первая из них обусловлена компрессией корешковых или спинномозговых структур. Вторая — объединяет рефлекторные синдромы, связанные с пораженными позвоночно-двигательными сегментами (ПДС).

Ведущими синдромами при вертеброгенных заболеваниях выделяются: вертебральный, невралгический, нейрососудистый, мышечный.

Основу концепции восстановительного лечения, разработанной в нашем центре, составляет комплексное системное использование естественно-биологических лечебно-реабилитационных средств, позволяющее максимально активизировать защитные силы собственного организма и воздействовать на организм как целостную структуру:

К ним относятся:

- натуропатическое гомеопатическое лечение индивидуально подобранными лекарственными средствами по методу электроаккупунктуры по Р.Фоллю на основе гомотоксикологического учения д-ра Реккевега. Основу гомотоксикологии составляют взгляды, рассматривающие любые патогенные процессы, как проявление интоксикации организма, и возможности дезинтоксикации организма путем связывания гомотоксинов в нетоксические образования (гомотоксоны) посредством специфических лекарственных средств, производимых фирмами "HEEL", "WALA", "WELEDA" и др.;

- мануальная терапия, направлена непосредственно на устранение функциональных суставных блоков, за счет расслабления спазмированной мускулатуры;

- психотерапия для купирования невралгических синдромов заболеваний;

- рефлексотерапия для нормализации соотношений в образовании некоторых видов нейрогуморальных веществ;

- лечебная физкультура (комплекс специальных физических упражнений, выполняемых в режиме постизометрической релаксации);

- массаж (классический, точечный, сегментарный).

МЕТОДОЛОГИЯ ПОСТРОЕНИЯ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ С УЧЕТОМ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ

Преображенский В.Н., Лядов К.В. Шалыгин Л. Д.

г. Москва, Национальный медико-хирургический центр Минздрава России

В последние годы все большее внимание уделяется индивидуализации построения программ медицинской реабилитации. Основным недостатком построения этих программ является преобладание физиотерапевтических методов или ЛФК, которые не учитывают показатели адаптации у пациента и не подкрепляются данными современных диагностических технологий нарушений адаптации у обследованных.

На наш взгляд программы медицинской реабилитации должны состоять из ряда функциональных блоков: диагностический, включающий оценки показателей адаптационного потенциала (современные компьютерные технологии, суточный ритм выработки мелатонина, иммунологические показатели, толерантность к физическим нагрузкам, и др.), на основе которого формируются следующие функциональные блоки, составляющие основу программ медицинской реабилитации (диетологический, физиотерапевтический, двигательной активности, прогностический др.).

Для подтверждения изложенной выше методологии на базе специализированного центра восстановительного лечения проводилась реабилитация больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы с учетом изложенной выше методологии. Восстановительное лечение проведено более чем у 550 пациентов, страдающих гипертонической болезнью 1-11 ст., ишемической болезнью сердца со стенокардией напряжения не выше 11 функционального класса, воспалительными заболеваниями миокарда, контрольные группы составили пациенты с аналогичными заболеваниями

Программы медицинской реабилитации выполнялись на базе специализированного кардиологического отделения центра под руководством врача-куратора кардиолога. В результате проведенного диагностического обследования оценивался уровень адаптации и совместно со специалистами физиотерапии и ЛФК определялась программа медицинской реабилитации. В частности у больных гипертонической болезнью она включала: специальные диеты, "Hi-top" и "Nivamat" физиотерапевтические технологии; режим двигательной активности по программам Б.А.Поляева и соавт., бальнеотерапию с обязательным промежуточным и итоговым диагностическим контролем.

По окончании программы реабилитации определялся итоговый комплекс по прогнозу, включающий определение суточного ритма выработки мелатонина и иммунологических показателей с определением контрольных сроков диагностических исследований или продолжения программ медицинской реабилитации.

Анализ полученных данных показал, что использование предложенной нами методологии составления программ медицинской реабилитации с учетом реакций адаптации позволил сократить сроки реабилитации на 5-7 дней по сравнению с контрольной группой и снизить частоту рецидивирования сердечно-сосудистых заболеваний.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СОСУДИСТОГО ПАРКИНСОНИЗМА

Путилина М.В., Борисов В.А., Радишевский М.В.

г. Воронеж, Воронежская Государственная медицинская академия; неврологический реабилитационный медицинский центр

По данным эпидемиологических исследований, распространенность синдрома сосудистого паркинсонизма (СП) колеблется от 100 до 200 на 100000 населения и экспоненциально увеличивается с возрастом. Лечение и реабилитация таких пациентов вызывает значительные трудности, т.к. "вторичный паркинсонизм" клинически проявляется сочетанием тремора, акинезии и ригидности с другими неврологическими симптомами. Поскольку основные проявления заболевания связаны с цереброваскулярной патологией, то восстановительная терапия должна быть направлена на коррекцию нарушений церебральной гемодинамики.

В неврологическом реабилитационном центре находились под наблюдением 80 больных с диагнозом: дисциркуляторная энцефалопатия, II ст., синдром сосудистого паркинсонизма, дрожательно-ригидная форма, средний возраст 60,3 года. Всем пациентам назначалась электро-нейроадаптивная терапия аппаратом "ДЭНАС" в комплексе с сосудистыми препаратами. Применялись методики воздействия на зоны кровоснабжения головного мозга, выходы ветвей тройничного нерва и проекции мезолимбических, нигросстриарных, мезокортикальных проводящих путей при мощности 4-5 Вт, продолжительность процедуры 25-30 мин., ежедневно, 14 процедур на курс.

После проведенного лечения у 82,5% пациентов отмечено "значительное улучшение": снижение или полное исчезновение тремора, ригидности, норма-

лизация показателей церебральной гемодинамики. У 17% пациентов зарегистрировано "улучшение": незначительное снижение тремора на фоне нормализации показателей церебральной гемодинамики. У 0,5 % пациентов состояние осталось без изменений. Отмечено отсутствие больных с ухудшением состояния после лечения, выраженными побочными эффектами и осложнениями.

Таким образом, использование электро-нейроадаптивной терапии для лечения больных с синдромом сосудистого паркинсонизма является перспективным и приводит к улучшению качества жизни пациентов, снижению процента инвалидизации, достижению социальной и трудовой реабилитации.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ КАРДИО- РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У СПОРСМЕНОВ ВETERАНОВ

Пьянков А.К., Пьянков В.А.

Российская Федерация, г. Киров, Кировский областной Врачебно-физкультурный диспансер, Кировская государственная медицинская академия.

Цель исследования. С использованием комплекса современных диагностических технологий оценивалась структурно-функциональная адаптация кардио-респираторной системы у спортсменов ветеранов к влиянию многолетних специализированных ациклических нагрузок.

Материалы и методы. Изучались параметры кардио-респираторной системы у 45 борцов ветеранов самбо и греко-римской борьбы высокого уровня квалификации (средний возраст 45 8 лет). Контрольную группу составили 45 здоровых мужчин того же возраста, ведущих активный образ жизни. Критериями включения в исследуемую группу были: отсутствие медицинских противопоказаний для регулярных занятий спортом, наличие у исследуемых лиц специализированных физических нагрузок не менее 4-6 часов в неделю, участие спортсменов в соревнованиях среди ветеранов не менее двух раз в год. Всем включенные в исследование спортсменам ветеранам проводилась комплексная оценка состояния кардио-респираторной системы по 46 параметрам с использованием методов эхокардиографии и бодиплетизмографии.

Результаты. В результате исследования было выявлено, что у спортсменов ветеранов самбо и греко-римской борьбы, активно участвующих в соревнованиях, формируется структурно-функциональная адаптация кардио-респираторной системы к длительным специализированным физическим нагрузкам, ха-

рактирующая статистически достоверным по сравнению с лицами того же возраста, не занимающимися спортом, увеличением линейных размеров сердца, показателей систолической функции левого желудочка, статических и динамических объемов легких.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения комплексного медицинского обследования спортсменов ветеранов с использованием методов эхокардиографии и бодиплетизмографии для диагностики структурно-функционального состояния кардио-респираторной системы и принятия решения о допуске к соревнованиям.

МЕСТО ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Резникова С.В.

г. Благовещенск, Амурская государственная медицинская академия

С целью сравнения клиничко-функциональной оценки эффективности дозированного аэрозоля и небулайзеротерапии беродуалом в пульмонологическом отделении было обследовано 46 больных бронхиальной астмой (БА), с различной степенью тяжести в возрасте 35,9 3,8 лет, с длительностью заболевания 8 2,9 лет. 26 больных на фоне традиционной терапии получали небулайзерные ингаляции беродуала. Беродуал назначался в суточной дозе 2 мл (40 кап.), дополненный физиологическим раствором до объема 4 мл. Ингаляции проводились дважды в сутки, небулайзером "ПАРИ ЛЦ Плюс" и компрессорным ингалятором "ПАРИ Мастер", создающего поток частиц размером 3,4 мкм со скоростью потока 20 л/мин. Длительность лечения составила 8-10 дней. В контрольную группу включены 20 больных БА получавших беродуал в виде дозированного аэрозоля на фоне традиционной терапии. После курса небулайзеротерапии у больных основной группы наблюдались более выраженные изменения клинических показателей: быстрее исчезли приступы удушья, дыхательный дискомфорт, хрипы в легких, уменьшились частота дыхания и пульса, выраженность одышки, уменьшилась потребность в дополнительных ингаляциях 2-стимуляторов. Значение пиковой скорости выдоха (ПСВ) увеличилось на 14,8 0,5%, в контрольной группе ПСВ возросла на 10,5 0,3%. По данным спирографии до лечения, в основной группе, резкие изменения наблюдались у 15.3% больных, значительные у 23.1%, умеренные у 38.5%, нормальные у 23.1%). До лечения в контрольной группе резкие изменения наблюдались у 20% больных, значи-

тельные у 25%, умеренные у 35%, нормальные у 20%. По данным спирографии, после лечения, в основной группе бронхообструктивный синдром был менее выражен, чем в контрольной группе. После небулайзеротерапии беродуалом значительные нарушения остались у 3,8% пациентов, умеренные у 34.6%, нормальные показатели у 61.6%. После лечения дозированным аэрозолем значительные нарушения сохранились у 5% больных, умеренные у 40%, нормальные у 55% человек. Побочные эффекты (головокружение, усиление кашля после ингаляции), не исчезающие после снижения дозы препарата, в основной группе наблюдались у 23,1% больных, в контрольной группе у 40,0% обследуемых больных. Таким образом, небулайзерное введение беродуала более эффективно, по сравнению с дозированным аэрозолем.

НЕКОТОРЫЕ ЗАДАЧИ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Ромашин О. В.

Россия, г. Барнаул Алтайский государственный медицинский университет

По рейтингу качества жизни, опубликованному ООН в 2001 г Россия, по такой составляющей, как "продолжительность жизни" располагается на 98 месте среди 162 стран мира. Продолжительность жизни россиян — 66 лет, что короче по сравнению с цивилизованными странами мира на 10-12 лет, а показатель смертности в последние 10 лет превышает показатель 13 промилле, что хуже, чем даже в Китае и Индии. Недаром состояние здоровья населения России вошло в сферу пристального внимания Президента и Госсовета РФ.

Медицина является достаточно консервативной сферой деятельности. Сосредотачивая внимание на патологии, она пытается определить здоровье через характер и интенсивность заболевания. Увеличение заболеваемости и смертности, снижение продолжительности жизни являются факторами тревоги, стимулирующими общество на увеличение затрат на лечение болезней. В то же время аспекты охраны и укрепления здоровья, вопросы первичной и вторичной профилактики заболеваний, проблемы ответственности индивида за свое здоровье и ответственности общества перед индивидом за создание условий для сохранения и укрепления здоровья остаются вне сферы внимания. Это типичный экстенсивный путь развития отрасли, тупиковый и затратный, не дающий должной отдачи. "Сейчас даже оптимисты не могут обещать здоровье в обмен на удовлетворение растущих требований увеличения числа больниц и врачей (Н.М.Амосов)".

Стало понятно, что необходима перестройка стратегии работы отрасли здравоохранения, в основу которой должна быть заложена новая идеология — укрепление здоровья членов сообщества, становление здоровьесохраняющих и здоровьевосстанавливающих медицинских технологий. Для реализации и практического претворения новой идеологии в жизнь потребуются:

Системная перестройка управления процессом, повышение авторитета и веса восстановительной медицины, создание соподчиненной вертикали.

Определиться с понятием здоровьесохранения. Официальное определение ВОЗ не годится. В большей степени задачам новой идеологии отвечает определение Н.М.Амосова и В.П.Казначеева.

Разработка методов диагностики здоровьесохранения и критериев оценки эффективности оздоровления. Мы могли бы предложить свои разработки, которые используются нами уже около 15 лет и показали свою корректность и эффективность.

Создание региональных и муниципальных центров профилактической медицины, вооружение их содержательным аспектом работы. Мы бы могли предложить свои разработки, которые работают уже более 8 лет.

Сформулировать образовательный стандарт и начать подготовку специалистов по восстановительной медицине на додипломном и последипломном уровнях. Мы бы могли предложить для обсуждения свои разработки, которые используются уже 15 лет.

Разработать на государственном уровне систему и меры общественного принуждения индивида к охране и укреплению своего здоровья и законодательную базу по решительной борьбе с факторами риска.

Эта колоссальная работа по силам только лишь всем общественным институтам. Тем не менее, работникам восстановительной медицины, и в особенности специалистам по медицинским проблемам оздоровительного спорта, должна принадлежать роль инициаторов, а те задачи, которые касаются непосредственно отрасли здравоохранения, должны решаться незамедлительно.

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СИСТЕМА ОЗДОРОВЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Ромашин О.В., Безбородов В.П., Чудимов В.Ф.

Россия, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет

Президентом и Президиумом Госсовета Российской Федерации поставлена задача активизации работы по оздоровлению населения России средствами оздоровительного спорта. В этой связи значительно повышается роль медико-биологического обеспечения оздоровительного спорта, особенно у людей средне-

го и старшего возраста, т.к., общеизвестно, что в этом возрасте оздоровительные физические нагрузки должны быть строго индивидуально дозированы.

Нами разработана действенная система оздоровления в условиях санаторного учреждения, инструментом которой является оригинальная методика, отвечающая следующим концептуальным требованиям:

- она проста и доступна каждому врачу, не требует сложного оборудования,
- включает в себя основные показатели, характеризующие состояние костно-мышечной, сердечно-сосудистой, дыхательной и вегетативной нервной системы,
- дает количественную оценку соматического здоровья человека в понятных и доступных метрических величинах,
- содержит объективные оригинальные критерии оценки эффективности оздоровления (реабилитации), что позволяет проводить оперативный контроль и вносить коррективы в процесс,
- позволяет объективно оценить работу каждого врача и учреждения в целом, вскрыть слабые места в методологии или организации процесса и оперативно внести коррективы,
- учитывает наличие у пациента наиболее распространенных заболеваний, что важно для разработки индивидуальной программы оздоровления,
- методика универсальна и может использоваться в реабилитационных, оздоровительных и рекреационных учреждениях любого профиля.

Основу методики составляет оригинальная тестовая система Г.Л.Апанасенко, которую нам удалось интегрировать с распространенным тестом оценки физической работоспособности PWC AF. Разработанные нами оригинальные критерии оценки эффективности апробированы на большом количестве пациентов. Для ускорения и упрощения анализа результатов нами написана оригинальная компьютерная программа, которая может работать как в стационарном, так и в поликлиническом режиме, а так же готовить и выдавать на руки пациенту распечатку с результатами процесса оздоровления и индивидуальной программой дальнейшего оздоровления.

За 15 лет работы с программой мы убедились, что она корректна и отвечает всем поставленным перед ней задачам. За эти годы методика достаточно широко разошлась по России. Помимо оздоровительных учреждений в Алтайском крае она внедрена в практику работы некоторых учреждений Бурятии, Приморского и Красноярского краев, Иркутской, Кемеровской, Калининградской, Курганской областей, была представлена на многочисленных национальных и международных научных конференциях. Обучение технологии работы по этой методике мы включили в программу циклов усовершенствования врачей по спортивной медицине и лечебной физкультуре, а также других специальностей, которые приезжают к нам на учебу со всех регионов Российской Федерации. Кроме этого нами написана отдельная программа и учебный план декад-

ника по обучению врачей любой специальности технологии работы по этой методике, а так же программа и учебный план цикла тематического усовершенствования врачей "Основы медицинской профилактики".

К ВОПРОСУ О РОЛИ И МЕСТЕ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В СИСТЕМЕ ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Ромашин О.В.

Россия, г. Барнаул Алтайский государственный медицинский университет

Уже достаточно давно стало понятно, что в тождество "спорт — здоровье" необходимо внести существенные коррективы. Составляющая "спорт" должна быть конкретизирована понятием "оздоровительный спорт", поскольку спорт профессиональный последние 30-40 лет никакого отношения к "здоровью" не имеет. Профессиональный спорт превратился в могучее интернациональное коммерческое предприятие, вокруг которого вращаются огромные деньги. Совершенно естественно, что те требования, которые "система" предъявляет к основным исполнителям-спортсменам, направлены на достижение высоких результатов, приоритетов, в достижении которых хороши все средства. Это и изнурительные тренировки на уровне функциональных пределов организма по 5-6 часов в день, это и изматывающие и физически и морально многочисленные сборы, это и постоянные перелеты со сменой часовых поясов и многое другое. Особую позицию в этом списке занимает спортивная фармакология. В современном профессиональном спорте достижение высоких результатов без допингов невозможно. В то же время применение допингов запрещено олимпийской хартией. Общеизвестно, что многие фармпрепараты крайне вредны для здоровья, за их применение спортсменов наказывают, тем не менее, с каждым годом появляются все новые и новые фармсредства, придумываются новые изощренные способы избежания диагностики приема допинговых препаратов. Примером тому являются многочисленные скандалы при проведении крупных международных соревнований. И в этом процессе огромная роль принадлежит спортивному врачу.

А.Г.Дембо определил спортивную медицину как науку и клиническую дисциплину, дающую медико-биологическое обоснование физических нагрузок в системе лечения заболеваний, общего оздоровления человека и в профессиональном спорте. Для реализации этих задач в стране была создана система Врачебно-физкультурных диспансеров в структуре МЗ РФ. Параллельно с этим в струк-

турах спортивного ведомства начали создаваться медицинские подразделения: врачебно-физкультурные диспансеры (ЦСКА, Динамо и др.), медицинские центры в училищах олимпийского резерва, медицинские структуры при федерациях различных видов спорта, научно-исследовательские подразделения, в т.ч. и по вопросам спортивной фармакологии, кафедры и лаборатории в спортивных учебных заведениях. Их задача — подготовка спортсмена-профессионала, что аналогично подготовке летчиков, космонавтов, подводников и др.

В связи с этим представляется достаточно размытой роль медицинских подразделений спортивной медицины лечебной сети в профессиональном спорте. Очевидно, что настало время отделить "зерна от плевел". Пусть мощная, разветвленная и прекрасно финансируемая медицинская система спортивного ведомства занимается профессиональным спортом. Структуры спортивной медицины системы Минздрава основное внимание должны сосредоточить на спорте массовом, оздоровительном. Это веление времени, созвучное с теми задачами, которые были сформулированы Президентом и Президиумом Госсовета РФ. В этом направлении и следует ориентировать деятельность Врачебно-физкультурных диспансеров, существенно укреплять их роль в лицензировании деятельности, многочисленных оздоровительных центров, в которых оздоровительные физические нагрузки должны быть строго индивидуальными и научно обоснованными, где будет поставлен серьезный заслон допинговым препаратам, где будут работать подготовленные медицинские работники.

РОЛЬ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Сабанчиева Х.А., Эльгаров А.А., Шогенов А.Г., Мидова М.М.

Кабардино-Балкарская Республика, г.Нальчик, государственный университет им.Х.М.Бербекова

Вопросы реабилитации больных артериальной гипертонией (АГ) вообще, и в частности у водителей автотранспорта (ВА) остаются недостаточно разработанными. Для выяснения роли бальнеотерапии в реабилитации ВА с начальными стадиями АГ нами выполнены комплексные динамические наблюдения 146 шоферов-больных АГ. Группу наблюдения (ГН) составили 89 ВА с АГ I (41 чел.) и II (48 чел.) ст., базисным лечением для которых были лизиноприл (10-20 мг 1 раз в день) и лизиноприл (10мг 1 раз в день) в сочетании с арифоном (1 таб. утром). Этим пациентам осуществлена бальнеотерапия: а) азотно-термальные

минеральные ванны, Т 36-37 градусов, ч/д, N8 на курс (44чел.); б) бромйодные минеральные ванны, Т 36-37 градусов, ч/д, N8 на курс (45чел.). Для оценки эффективности комплексного лечения ВА с АГ применялись наряду с общеклиническими методами суточное мониторирование АД и ЭКГ, психофизиологическое тестирование, а также анализ частоты обращений, гипертонических кризов (ГК). Группа сравнения (ГС) — 57 ВА с АГ I (28 чел.) и II (29 чел.) находились на лекарственной терапии указанными выше препаратами.

После первых 4-х бальнеологических процедур установлено улучшение общего состояния и снижение уровней АД. К окончанию санаторного лечения у большинства (более 90%) ВА зафиксирована достоверная динамика систолического (с 184,5 10,4 до 138 14,3 мм рт. ст.) и диастолического (от 102 6,8 до 87,7 4,1 мм рт. ст.) АД, нормализация гемодинамического профиля и снижение гипертонических пиков, особенно ночных и утренних.

Кроме этого, почти у половины ВА, благодаря использованным комплексам бальнеотерапии удалось снизить дозы лизиноприла и диротона. Число обращений, ГК и дней нетрудоспособности в ГН в течение 12-18 месяцев сократилось в 2,3 раза при сравнении с ГС. На этом фоне по данным ПФТ, отмечено ухудшение системы оперативного реагирования у ВА ($p < 0,05$), более выраженное при использовании бромйодных ванн, что может сопровождаться риском возникновения дорожных происшествий.

Итак, бальнеотерапия ВА с АГ эффективна и ее следует считать обязательным в системе реабилитации лиц операторских профессий с повышенным АД. Следует при этом осуществлять в динамике психофизиологическое тестирование для оценки состояния профессиональной деятельности.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ ЗДРАВНИЦЫ

**Севрюкова В.С., Гулькинова Т.Т., Медведев В.А., Цанцарики
И.Н., Гниломедов А.В., Сычук Е. М., Плетенчук Л.А.**

*Россия, Краснодарский край, г.Анапа, ЗАО "Санаторно-курортный комплекс
"ДИЛУЧ"*

В соответствии с приказом Минздрава РФ "О мерах по улучшению медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), в "ДиЛУЧ" было создано отделение реабилитации для больных, преимущест-

венно в раннем восстановительном периоде при возможности самостоятельного передвижения.

В назначаемый комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий входят газовые сухие углекислые ванны (СУВ), КВЧ-НЧ, воздействие резонансными частотами нервной системы, инфракрасная лазеротерапия и надвенное лазерное облучение крови (ИКЛ и НЛОК), ЛФК, дозированная ходьба, массаж, психотерапия, ИРТ, ароматерапия.

При отпуске сухих углекислых ванн используется классическая методика лечения : концентрация CO_2 — 15 %, температура — 30°C , продолжительность 15-20 мин., ежедневно, на курс лечения — 12 ванн.

При назначении КВЧ-НЧ терапии используются частоты 5,77 гц — 6,13 гц, число импульсов — 5, шаг сканирования 0,01, время воздействия 10 минут, № 15.

Параллельно, при нарушениях мозгового кровообращения за 4 или через 4 часа после КВЧ-НЧ терапии использовалась комбинация инфракрасного лазерного воздействия при импульсной мощности 3,7-4,5 ват, частоте следования импульсов 80 и 150 гц последовательно, экспозиций 30 сек. по следующим регионам: передневисочные, орбитальные, область крупных сосудистых и нервных пучков на шее. Включение других регионов зависит от сопутствующих или осложняющей основной процесс патологии.

Применялось также НЛОК частотой 600 герц длительностью 20 минут. Комплекс ИКЛ-воздействий отпускался кратностью 12 (3-5 процедур ежедневно, 7-9 через день).

Указанный комплекс был применен в 2002 г. у 295 больных. Улучшение неврологической симптоматики становились отчетливыми в конце первой недели терапии и нарастало к концу срока пребывания. При этом постепенно отменялась медикаментозная терапия, в состав которой для усиления эффекта включались аспирин, антиоксиданты, гидролизат мидий и витаминный сбор.

Больные при поступлении прошли консультации окулиста (глазное дно), логопеда, иглорефлексотерапевта, по показаниям терапевта, эндокринолога и других специалистов, всем назначалась диетотерапия.

До и после лечения больным было проведено обследование : ОАК, ОАМ, липидограмма, коагулограмма, глюкоза крови, ЭКГ, РЭГ,ЭЭГ, АПГ (анализ параметров гемодинамики) и другие по показаниям. Динамика показателей положительная.

При выписке больным рекомендовалась КВЧ-НЧ, лазеротерапия с противорцидивной, профилактической и реабилитационной целью через 3, 6, 9, 12 месяцев, далее через полгода.

Таким образом, накопленный опыт свидетельствует о довольно успешной реабилитации больных с ОНМК в раннем восстановительном периоде в условиях курорта Анапа.

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ ОЖОГАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Серая Э.В., Смирнов С.В., Лапшин В.П., Буряков В.Ф.

г. Москва, НИИСП им. Н.В.Склифосовского

Нами обследовано 62 больных с острой термической травмой: ожогом кожи различной локализации, ожог дыхательных путей и 10% поверхности кожи. Цель работы — воздействие упражнений интенсивной лечебной гимнастики (ИЛГ) при ожогах дыхательных путей и 10% поверхности кожи на сердечно-сосудистую систему.

31 больному с ожогом кожи различной локализации кроме медикаментозного лечения, с целью профилактики гипостатических осложнений, введены упражнения общепринятой лечебной гимнастики (ОЛГ). Они составили контрольную группу. 31 больному основной группы — с ожогом дыхательных путей и 10% поверхности кожи — наряду с медикаментозным лечением также проводилась лечебная гимнастика, но в середине комплекса (в основной период) ОЛГ введены неоднократно повторяющиеся упражнения интенсивной лечебной гимнастики (ИЛГ), для улучшения локального кровообращения, микроциркуляции области поражения — ожог дыхательных путей (трахея-bronхи-легкие). Упражнения дыхательной гимнастики выполнялись в быстром темпе (ориентировочно — три в минуту): быстрый вдох с поворотом головы в стороны а), наклоны головой вправо-влево б), вниз-вверх в) с последующим пассивным выдохом после каждого наклона или поворота головы. Количество упражнений ИЛГ зависило от тяжести ожога дыхательных путей.

В обеих группах восстановительное лечение контролировалось неинвазивными показателями характеризующими функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем: тестом Руффье-Диксона, коэффициентом экономичности кровообращения (КЭК), коэффициент выносливости (КВ).

Получены результаты: тест Руффье-Диксона у больных контрольной группы соответствовал градации "хороший", а у больных основной группы "очень хороший". КЭК и КВ у больных обеих групп соответствовал градации "норма".

Следовательно, введение упражнений ИЛГ которые способствуют локальному улучшению кровообращения и микроциркуляции в области поражения, в основной период проведения ОЛГ, у больных основной группы не вызывают перенапряжения со стороны сердечно-сосудистой системы.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕРОВОДОРОДНОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА В САНАТОРИИ "ЧУВАШИЯ"

Симунов Ю.Л., Михайлова И.В., Мадянов И.В.

Чувашская Республика, г. Чебоксары, Заволжье, Санаторий "Чувашия"

Известно, что чрезмерная механическая и функциональная перегрузка хряща, а также его микротравматизация, имеющие место у спортсменов, приводят к развитию деформирующего остеоартроза. Важным этапом реабилитационных мероприятий при данном заболевании является курортное лечение с применением сульфидной бальнеотерапии.

Механизм лечебного действия сероводородных ванн связывают с активацией иммунологической и гипофизарно-надпочечниковой систем, вызывающей усиление местного кровообращения, улучшение обменно-трофических процессов, ускорение рассасывания патологических образований, активацию регенераторных факторов. Сульфид-ион включается в метаболизм мукополисахаридов, утилизирует хондриотинсерную кислоту и ускоряет синтез коллагена фибробластами. Подобный механизм действия сероводородных ванн обуславливает их противовоспалительное, анальгезирующее и иммунокорректирующее действие.

В санатории "Чувашия" группе больных остеоартрозом в возрасте от 40 до 60 лет проведено курсовое лечение сероводородными ваннами (№10), с нарастающим содержанием сероводорода от 50 до 100 мг/л по интенсивной методике (по 2 дня с интервалом в 1 день). Процедуры продолжались 10 минут при температуре воды 37°.

Оценку выраженности болевого синдрома проводили по пятибалльной шкале и визуальной аналоговой шкале (ВАШ). После лечения интенсивность болей по пятибалльной шкале уменьшалась в 3 раза (с 2,4 до 0,8 балла), по ВАШ в покое — с 3,0 до 1,3, при нагрузке — с 6,4 до 3,7 балла.

Для характеристики выраженности патологического процесса в суставах оценивались так называемые суставные индексы Ричи и Лансбури. После курса бальнеотерапии количество болезненных суставов уменьшилось в 3 раза, припухлость их исчезла. Суставные индексы уменьшились в 3-4 раза.

Функциональную активность пациента оценивали с помощью суммарного индекса Лекена и опросника оценки здоровья (HAQ). К окончанию курса сероводородных ванн все больные отмечали уменьшение интенсивности и продолжительности болей и утренней скованности (от 17,8 до 3,2 минуты), увеличение подвижности суставов.

Таким образом, минеральная сероводородная вода санатория "Чувашия" оказывает выраженный терапевтический эффект при остеоартрозе и может быть рекомендована для включения в комплекс лечебных мероприятий при этой патологии.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ МЕТОДОМ КВЧ-ТЕРАПИИ

Синицкий А.А., Иванюлов Е.А., Карева Н.П., Спиридонов А.Н.

г. Новосибирск, государственная медицинская академия, ЗАО НПП "Биофактор"

Вегетативные расстройства при сахарном диабете (СД) являются, как правило, симптомом диабетической полинейропатии и могут носить прогрессивный характер с развитием ортостатической гипотензии, нарушения функции желудочно-кишечного тракта, импотенции, что ухудшает течение основного заболевания и ведет к развитию осложнений.

При обследовании 134 пациентов с СД I типа клинические признаки патологии вегетативной нервной системы были выявлены в 29,1% случаев, субклинические — в 47,8 %. Для объективной оценки состояния ВНС использовался спектральный анализ кардиоинтервалографии (прибор "НС-Психо-Тест", производитель "НейроСофт", г Иваново), определялись вибрационная и температурная чувствительность.

В качестве метода немедикаментозной коррекции вегетативных расстройств применялась КВЧ-терапия. Электромагнитное излучение (ЭМИ) крайне высокой частоты, используемое в данном методе, относится к физиотерапевтическим лечебным факторам низкой интенсивности, что обуславливает возможность его применения при сахарном диабете в тех случаях, когда другие виды физиотерапии противопоказаны. К основным механизмам действия ЭМИ КВЧ относятся развитие общего адаптационного синдрома и иммуномодулирующий эффект, что ведет к восстановлению вегетативной регуляции на всех уровнях и устранению функциональных нарушений в работе органов и систем организма. КВЧ-терапия проводилась на аппарате "Стелла-1" по методике КВЧ-пунктуры курсами в течение двух лет. За период наблюдения каждый из 134 пациентов получил 6 курсов, состоящих из 12-15 процедур, с интервалом 3-4 месяца на фоне приема инсулина, ангиопротекторов, метаболической терапии. По окончании 2-летнего срока вмешательства клинические формы вегетативных расстройств регистрировались у

14,2%, субклинические — у 23,9%, то есть в целом у 38,1% больных. До включения КВЧ-терапии в лечебные программы явные или латентные признаки периферических вегетативных расстройств имели 76,9% пациентов.

В группе сравнения, состоявшей из 70 больных с СД I типа, на начало периода наблюдения клинические формы вегетативных расстройств регистрировались у 27,1%, субклинические — у 45,7% человек. В течение двух лет наблюдения пациенты группы сравнения получали медикаментозную терапию, аналогичную проводимой в опытной группе. К концу второго года наблюдения явная вегетативная патология фиксировалась у 34,3% больных, субклинические нарушения — у 51,4 %, что в целом составило 85,7%. У 6 человек (8,5%) в этой группе развилась диабетическая стопа.

Таким образом, применение КВЧ-терапии у больных сахарным диабетом приводит к нормализации показателей вегетативной регуляции, что способствует стабилизации течения основного заболевания и профилактике осложнений.

ФОТОФОРЕЗ МЕТРОГИЛ-ГЕЛЯ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТАХ

Сипкин А.Н., Герасименко М.Ю., Никитин А.А., Филатова е.В.

Россия, г. Москва МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского. Отделения физиотерапии и реабилитации, челюстно-лицевой хирургии

Хронический одонтогенный гайморит возникает в результате осложнений после удаления или периодонтитов премоляров и моляров верхней челюсти. Под наблюдением находилось 53 человека с хроническим одонтогенным гайморитом с оро-антральным соустьем или без него. В предоперационном периоде пазуху шунтируют через нижний носовой ход трубкой, по которой вводят 1% метрогил гель в объёме 2 мл. 1 раз в 2-3 суток. Практически замкнутая полость пазухи не позволяет эвакуироваться лекарственному препарату, а гелеобразная форма пролонгирует влияние на микробные агенты.

Затем проводили ИК-лазерное облучение проекции пазухи. Контроль снижения воспалительных изменений в синусе проводили при помощи гаймороскопии через нижний носовой ход или оро-антральное соустье. Лечение заканчивается при купировании воспалительных явлений гайморита без оро-антрального соустья, или если происходит самопроизвольное закрытие соустья в процессе воздействия на пазуху. При наличие стойкой перфорации, после стихания патологических изменений в пазухе, проводят пластику соустья выбрав наиболее оптимальный способ, в зависимости от локали-

зации и размера дефекта. В послеоперационном периоде также проводится введение через трубку метрогила геля и фотофорез области пазухи.

Применение метрогила геля в предоперационном периоде в сочетании с фотофорезом позволило очистить пазуху от инфекционных агентов вызывающих одонтогенный гайморит (*Porphyromonas gingivalis*, *Prewotella intermedia*, *P. denticola*, *Fusobacterium fusiformis*, *Wolintlla recta*, *Treponema sp.*, *Eikenella corodens*, *Borrelif victnti*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Selenomonas sp.*). Комбинацией эффектов (антибактериального, противовоспалительного, иммунологического, антиоксидантного) достигается ускорение предоперационной подготовки больного и послеоперационной реабилитации. После стихания клинических симптомов воспаления проводят контроль пазухи — эндоскопически. При очистке синуса и отсутствии оро-антрального соустья лечение закончено, при наличие соустья проводят пластику местными тканями. В послеоперационном периоде проводят процедуру в течение 5 дней.

Лазерное излучением, улучшая микроциркуляцию, и проницаемость клеточных мембран, способствует оптимальному воздействию препарата метрогил геля на присутствующую патогенную флору пазухи. Отмечено повышение эффективности лечения одонтогенного гайморита, снижение объема хирургического вмешательства, с предотвращением осложнений и рецидива, сокращение сроков лечения.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЭНУРЕЗОМ

**Сковычева Л.Д., Мальчикова Е.В., Малютина Ю.А.,
Долгошеева В.А., Пяк В.П.**

г.Хабаровск, институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, кафедра реабилитологии и немедикаментозных методов лечения; детская поликлиника №3

Энурез является важной проблемой детского возраста.

За пять лет в отделении профилактики детской поликлиники №3 г. Хабаровска пролечено 293 ребенка с энурезом, девочек было 85 (29%), мальчиков — 208 (71%). Неврозоподобная форма энуреза отмечалась у 96,9%, невротическая — у 3,1% больных. Комплексное лечение включает правильную организацию режима дня и ночного сна, рациональную диету и водно-солевой режим, лечебную физическую культуру, психотерапию, гипносуггестию, физиотерапию, иглорефлексотерапию.

Лечебная физическая культура успешно применялась нами в комплексной терапии, обеспечивая целостное воздействие на организм больного ребенка. Из средств лечебной физкультуры использовали классический массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника, специальные методики точечного и сегментарно-рефлекторного массажа, в процедуре лечебной гимнастики — физические упражнения для мышц брюшного пресса, таза, тазовой диафрагмы, нижних конечностей, а также общеразвивающие и дыхательные упражнения. Занятия лечебной гимнастикой проводились по обычной схеме. На курс лечения 20-25 занятий.

Длительность лечения зависела от формы энуреза: при невротической форме от 1 до 6 месяцев, при неврозоподобной — от 6 до 18 месяцев.

Эффективность лечения оценивали по нормализации нервно-психической деятельности ребенка, урежению или исчезновению эпизодов энуреза. При невротической форме энуреза отмечалось полное выздоровление у 100% детей. При неврозоподобной форме полное выздоровление наблюдалось лишь у 58,8% девочек и 45,7% мальчиков. Ухудшения не было отмечено ни в одном случае.

Проведенное комплексное немедикаментозное лечение детей с энурезом является наиболее эффективным при невротической форме этого заболевания и может считаться основным при лечении всех детей с энурезом.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОД ВЛИЯНИЕМ КВЧ-ТЕРАПИИ

Смирнова О.М., Дробышев В.А., Иванилов Е.А., Тарыкина С.Ф.

г. Новосибирск, государственная медицинская академия, МУЗ ГКБ №1

Инфаркт миокарда (ИМ) является одним из наиболее опасных осложнений ИБС и успех его лечения во многом зависит от комплексного использования медикаментозных средств и реабилитационных мероприятий. Методы физиотерапии на госпитальном этапе лечения применяются ограниченно в связи с тяжестью основного заболевания, поэтому актуальным является поиск новых эффективных немедикаментозных средств.

Цель исследования — изучить эффективность КВЧ-терапии в комплексной терапии больных ИМ на больничном этапе реабилитации. Группу наблюдения составили 40 мужчин в возрасте 45-59 лет, поступивших в отделение неотложной кардиологии с неосложненными формами ИМ, протекающими без существенных нарушений сердечного ритма, клинических симптомов недо-

статочности кровообращения с сопутствующей артериальной гипертонией I-II степени.

Методом случайной выборки больные были разделены на 2 группы. В 1-ой группе (20 человек) наряду с медикаментозным лечением проводилась КВЧ-терапия по биологически активным точкам (БАТ). Во 2-ой группе (20 человек) проводилась имитация КВЧ воздействия. Лечение проводилось на аппарате "Стелла-1" по методике КВЧ-пунктуры после предварительной диагностики по методу Р.Фолля. Использовалось низкоинтенсивное электромагнитное излучение в шумовом диапазоне. За одну процедуру воздействовали на 2-3 точки акупунктуры, по 10 минут на каждую. Курс лечения в зависимости от клинической симптоматики состоял из 9-12 процедур.

Согласно данным динамического наблюдения у 90% больных 1-ой группы после 2-3 сеансов КВЧ-терапии отмечалось уменьшение ангинозных болей, улучшение психоэмоционального состояния в виде нормализации сна и настроения — у 95%. В группе сравнения в этот же период уменьшение кардиалгий наблюдалось только у 55%, улучшение сна и настроения у 45% осмотренных. С учетом того, что эмоциональная неустойчивость, формирующаяся у больных ИМ, негативно влияет на состояние регуляторных систем организма, что затрудняет терапию, можно сделать вывод, что КВЧ-терапия, устраняя психоэмоциональное напряжение, является значимым лечебным фактором. Снижение повышенного артериального давления на 4-5 сеансе отметили 75% больных в 1-ой группе, что позволило 40% снизить дозу применяемых гипотензивных средств на одну треть. В группе сравнения доза гипотензивных препаратов оставалась прежней. Наряду с этим, у больных 1-ой группы увеличилась толерантность к физической нагрузке, отмечалось ускорение темпов реабилитации в среднем на 2-3 дня, чего не было зафиксировано в группе, получавшей традиционные реабилитационные программы.

Таким образом, КВЧ-терапия, оказывая седативное, гипотензивное и анальгезирующее воздействия является эффективным методом немедикаментозного лечения больных ИМ на больничном этапе реабилитации

ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ

Соколов А.Л., Ляхманова Н.Б., Богданова Г.Ф., Фатеева Г.В.

Россия, г. Петрозаводск, Государственный университет, медицинский факультет, Городская детская поликлиника № 2

Лечебная физкультура (ЛФК) оказывает значительный положительный эффект в реабилитации больных с бронхолёгочной патологией, однако применение её у детей раннего возраста встречает определённые трудности, а поэтому ЛФК до настоящего времени не заняла достойного места у этой категории пациентов.

В последние годы в детской поликлинике начали более активно использовать ЛФК у детей первых 3-х лет жизни. За период 2000-2002 гг. систематически занимались в кабинете ЛФК 102 ребёнка. По возрасту дети распределились следующим образом: от 1,5 до 2-х лет — 32 (31,4 %) ребёнка, от 2-х до 3 лет — 70 (68,4 %) детей, из них 10 детей страдали бронхиальной астмой, 23 ребёнка были реконвалесцентами после острой пневмонии, у 69 отмечались частые респираторные заболевания (до 4-5 раз в год).

Рекомендуемые комплексы физкультурных упражнений были адаптированы для детей раннего возраста. Занятия проводились индивидуально или в малых группах (2-3 человека) в присутствии родителей, что позволяло обучать их правильному выполнению упражнений для продолжения ежедневных занятий дома. Это являлось обязательным условием для получения положительных результатов, способствовало более тесному эмоциональному контакту ребёнка с матерью и стимулировало его психическое развитие. Занятия проводились в игровой форме с включением элементов музыка- и сказкотерапии с учётом возраста ребёнка, его физического, психо-речевого и моторного развития. Проводились занятия 2 раза в неделю по 15-20 минут в течение 1,5-2 месяцев. Курс ЛФК повторяли через 6 месяцев. Физкультурный комплекс обязательно сочетался с дыхательной гимнастикой, которая способствовала развитию у ребёнка правильного носового дыхания и формированию гигиенических навыков санации верхних дыхательных путей

Эффективность проводимой ЛФК оценивалась после годового цикла занятий по разработанным критериям, включающим динамику физического и психо-эмоционального развития ребёнка, клинических и лабораторных показателей.

У всех наблюдаемых детей отмечены положительная динамика со стороны бронхолёгочной системы, улучшение показателей физического и психоэмоционального развития, снижение частоты респираторных заболеваний в 2 раза.

Таким образом, для повышения эффективности оздоровления детей с заболеваниями бронхолёгочной системы в реабилитационный комплекс следует включать систематические занятия ЛФК с самого раннего возраста.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КАРДИО-ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Солодянкина М.Е., Строева В.С.

Россия, г. Челябинск, УГМАДО, кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии

Актуальность борьбы с хроническими кардио-церебро-васкулярными заболеваниями (ХКЦВЗ) на современном этапе бесспорна, т.к. распространенность этой патологии в России высока (20% трудоспособного населения) — Манвелов Л.С. с соавт.(1998).

Принципиальным отличием традиционной схемы лечения от медицинской реабилитации (МР) является то, что в первом случае терапия направлена на этиологию и механизмы патогенеза, тогда как при МР приоритетным будет воздействие на механизмы адаптации и саногенеза. Саногенез — это динамическая система защитно-приспособительных реакций физиологического и патологического характера, возникающая на стадии предболезни, развивающаяся на протяжении всего болезненного процесса и направленная на восстановление нарушений саморегуляции организма. Основными саногенетическими механизмами, обеспечивающими приспособительный эффект, являются — реституция, регенерация, компенсация и иммунитет, действующие на разных этапах воздействия патогенного фактора на организм. Существующие представления о том, что восстановительные процессы включаются в общую схему болезни лишь в фазе выздоровления несостоятельны, поскольку резкая интенсификация компенсаторно-приспособительных реакций на всех уровнях, начиная с молекулярного и клеточного, происходит с самого начала действия патогенной причины. Поэтому восстановительные процессы следует рассматривать не в качестве завершающего этапа той или иной патологии, а реакции, включающейся в ходе патологического процесса немедленно, одновременно с началом действия патогенного фактора и сосуществующего в качестве его противовеса, стимулируя различные звенья саногенеза (Саркисов Д.С. с соавт.,1995). Анализ клинико-параклинических данных показал, что МР при ХКЦВЗ должна вклю-

чать следующие этапы: превентивный, стационарный, поликлинический, санаторно-курортный и клинической ремиссии. Предложенный принципиально новый подход позволит объединить в единую непрерывную цепь задачи профилактического и динамического наблюдения за больными, а самое главное патогенетически обусловленную терапию на каждом этапе, соблюдая принципы комплексности, преемственности и индивидуальности, прогнозируя терапевтические эффекты, поскольку:

- выделение этапа превентивной реабилитации позволит формировать группы риска и реализовывать программы профилактического направления;
- выделение этапа клинической ремиссии с проведением корректирующего лечения, предотвращая прогрессирование заболевания, позволит стабилизировать процесс;
- данная программа обеспечит партнерство пациента и врача в достижении конкретного результата по профилактике инсульта и инфаркта миокарда на основе четко прописанного лечебно-диагностического алгоритма на каждом этапе.

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ У ЛИЦ С АЛИМЕНТАРНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Сорокина О.В.

Имея опыт десятилетней работы в кабинете мониторинга очистки кишечника, нам удалось выделить большую группу людей с повышенным уровнем общего холестерина в крови (1200 человек, что составляет 48% от общего количества пролеченных нами пациентов). Уровень общего холестерина был повышен в среднем на 26,2% от нормальной величины (6,5 ммоль/л), т.е. в среднем эти показатели были равны 8,2 ммоль/л, средний возраст пациентов был — 48 лет. В эту группу входили лица, страдающие ожирением, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, патологией щитовидной железы, гипертонической болезнью.

Всем этим пациентам проводилось одинаковое лечение:

- мониторинг очистки кишечника (3-5 процедур)
- применение энтеросорбентов (полифепан, лигносорб) в микроклизмах ежедневно;
- гиперхолестериновая, низкожировая, с пониженным каллоражем диета.

В целом лечение продолжался от 7 до 10 дней. Пациенты не принимали медикаментозных препаратов, направленных на восстановление липидного обмена.

Уровень холестерина в крови после проведенного курса лечения снизился за столь короткий срок до нормальных цифр (в среднем — до 5,8 ммоль/л), а у другой группы пациентов уровень общего холестерина оказался без изменений или снизился незначительно.

Известно, что содержание липидов и липопротеидов в плазме, с одной стороны, зависит от наследуемых признаков, а, с другой — определяется такими индивидуальными параметрами, как диета, вес тела, уровень физической активности, пол, возраст (т.к. старение, как правило, сопровождается и увеличением массы тела, и снижением уровня физической активности, гормональной перестройкой — идет прогрессирование угнетения катаболизма холестерина).

Нами была оценена вариабельность сывороточного холестерина в зависимости от перечисленных факторов.

Т.О. из общего количества пациентов с гиперхолестеринемией, наблюдаемых нами мы выделили две небольшие группы (первая группа — 80 человек, вторая группа — 60 человек).

Тщательно проанализировав анамнез лиц, уровень о.холестерина, которых снизился на фоне предложенной методики значительно быстро, мы выяснили, что все они страдают избыточной массой тела (ожирение второй степени), среди родственников так же много полных людей, калорийность питания этих лиц выходила за 3000 Ккал в день, соотношение потребления насыщенных и полиненасыщенных, жирных кислот стремилось активно в сторону насыщенных жирных кислот, уровень физической активности был низок. Т.е. здесь гиперхолестеринемия была явно связана с алиментарными факторами, ожирением и гиподинамией.

У другой группы людей, уровень о.холестерина оставался высоким после проведенного курса лечения, в клинической картине заболевания у них доминировали тяжелые проявления ИБС (стенокардия нестабильного течения, эпизоды ишемии миокарда, ОИМ), случаи ранней ИБС у кровных родственников, смерть кровных родственников в молодом (до 55 лет) возрасте, наличие похожих наборов риск-факторов ИБС, обусловленных генетическим родством; сахарный диабет, заболевания щитовидной железы тоже носили семейный характер. Что позволяет предположить, что в этой группе имелась наследственная комбинированная гиперхолестеринемия.

Полученные результаты:

В 1 группе уровень о.холестерина в результате проведенной методики снизился на 29,3%.

Во второй группе уровень о.холестерина практически не изменился.

Выводы: Больные с наследственно обусловленной комбинированной гиперхолестеринемией резистентны к терапии энтеросорбцией (вероятно, это связано с краткостью курса лечения), в таких случаях требуется назначение медикаментозных препаратов, активно влияющих на липидный обмен.

Наоборот, у больных с алиментарной гиперхолестеринемией, ожирением и гиподинамией применяемая нами комбинированная терапия, включающая энтеросорбцию, весьма эффективна.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Сотников И.Л.

г. Анапа, Военный санаторий "Десантник"

Исходя из анализа заболеваемости контингента больных военного санатория "Десантник" было отмечено, что в результате нарушения правил проведения процедур талассотерапии значительное увеличение заболеваемости отитами. Вся ЛОР-патология от общего контингента больных составляет 16,3%, из них заболевание отитами составляет 22,1%. Острые катаральные средние отиты составляют 66,6%, острые наружные отиты — 11%, острые гнойные (перфоративные) — 0,2% и острые сальпингоотиты — 14%. Хронические отиты выявлены у 0,6% больных.

В связи с тем, что в условиях санатория лечения отитов медикаментозными способами малоприемливо, использовали метод лазеротерапии. В нашей практике мы применяли лазеротерапию для лечения 32 больных острыми негнойными отитами, т.к. как гноеечение при отитах требует применения антибиотиков, а лазеротерапия при антибиотикотерапии не показана. Лечение проводили с использованием низкоинтенсивного лазера типа РИКТА (МИЛТА) по следующей схеме: 1-й и 2-й день воздействие проводили 2 раза в день интераурикулярно с частотой 1000 Гц, продолжительность процедуры — 2 мин. В 3-й и последующие дни процедуры проводили однократно.

Лазеротерапия сокращала продолжительность воспалительного процесса на 2-3 суток и ускоряло восстановление функции слуха. Восстановление функции звукопроводения наблюдали уже на 2-е сутки, а полное восстановление — на 3-4 сутки от начала заболевания.

Таким образом, выявлена актуальность проблемы острых катаральных отитов у пациентов вследствие нарушения правил проведения морских купаний (реактивное воздействие морской воды на барабанную перепонку и получение баротравмы среднего уха при погружении в воду с катаральным воспалением слизистой верхних дыхательных путей). Доказана эффективность лазеротерапии при интераурикулярном воздействии на барабанную перепонку при лечении острых катаральных (негнойных) отитов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ СНА У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Староверова О.А., Лядов К.В.

г. Москва. Национальный медико-хирургический центр Минздрава России

Работа в чрезвычайных ситуациях, воздействие стрессогенных и эколого-неблагоприятных факторов, смена биоритма профессиональной деятельности приводят к различным нарушениям сна у лиц опасных профессий. В то же время практически отсутствуют методы ранней диагностики, позволяющие до клинической манифестации выявить данные нарушения. Целью нашего исследования явилось изучение и оценка эффективности диагностики нарушений сна у лиц опасных профессий с помощью современных диагностических технологий. Обследование проводили с помощью: анкеты, разработанной в медцентре УдП РФ для выявления распространённости нарушений сна; анкеты 5-балльной шкалы сна, предложенной кафедрой неврологии ММА им. Сеченова И.М.; экспресс-диагностики электроэнцефалограммы, компьютерных системах оценки показателей вегетативной нервной системы, полисомнографии.

Обследовано 556 человек, все лица мужского пола средний возраст от 35 до 43 лет. Среди них: участники аварийно-спасательных формирований 332 человека, участники локальных военных конфликтов — 224. На первом этапе проводили обследование анкетным методом, в результате которого предположили нарушения сна у 223 человек (40,1%); на втором этапе проводили экспресс-диагностику электроэнцефалограммы по декременту затухания α -ритма и выявили изменённые показатели биоэлектрической активности головного мозга, встречающиеся при нарушениях сна в 152 случаях (27,3%); на третьем этапе исследовали показатели вегетативной нервной системы на компьютерной системе "ВНС-спектр", выявили нарушения сна у 107 обследованных (19,2%). В структуре нарушений сна у лиц опасных профессий преобладали нарушения засыпания и поддержания сна в 77,2%; инсомнии, связанные с отклонениями в состоянии здоровья (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь и др.) в 18,5%; парасомнии в 4,3%.

Таким образом, проведённое исследование показало более высокую частоту функциональных нарушений сна у лиц опасных профессий и достаточную информативность экспресс-диагностики электроэнцефалограммы и компьютерных технологий. Применение полисомнографии показано при неуточнённом характере нарушений сна или органических поражениях, провоцирующих эти нарушения. Данные методы диагностики нарушений сна может быть рекомендованы для широкого внедрения в специализированных медицинских центрах, занимающихся медицинской реабилитацией лиц опасных профессий.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КОРЕШКОВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Староконь П.М., Галицкая Е.В., Григорьев В.Ю.

г. Саратов, поликлиника Управления Федеральной службы налоговой полиции РФ

Теоретически обоснована и разработана комплексная программа лечения больных с корешковым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника. Задачами лечения являлось: купирование болевого синдрома; снижение патологической проприоцептивной импульсации; улучшение кровообращения в пораженных сегментах; оптимизация репаративных процессов; устранение патобиомеханических изменений; формирование и закрепление оптимального двигательного стереотипа.

Узловыми моментами комплексного лечения больных с корешковым синдромом является фармакотерапия, физио-, бальнео- и пелоидолечение, мануальные приемы, ЛФК. Индивидуальностью нашей программы является применение дозированной тракции позвоночного столба. Основным принципом тракции является растяжение позвоночника в разных направлениях в условиях специальной ванны с помощью определенных приемов и приспособлений. Нами используется горизонтальное вытяжение позвоночника в ванне с помощью 2-х корсетов из плотной ткани. Нагрузка дозируется в параметрах от 5 до 30 кг. Процедура отпускается два-три раза в неделю. В данной комплексной программе применяется сероводородная ванна (10-15 мин.) сразу после проведения вытяжения с последующим 30-минутным отдыхом на жесткой кушетке. В период стихания обострения к лечению добавляют грязевые процедуры на область позвоночника. "Тракционная" часть комплексного лечения составляет 6-10 процедур. Затем в течение 2-х недель проводится фармакотерапия (витамины, релаксанты, нестероидные противовоспалительные препараты). Повторный курс представлен тракционным воздействием состоящим из 4-6 процедур, которые проводятся через день; гидромассажем; сухим массажем; бальнео- и грязелечением.

Комплексная программа лечения корешкового синдрома применена у 117 больных. Из них у 95 больных получен хороший результат, у 14 — удовлетворительный. У 8 пациентов лечение не имело успеха. При изучении отдаленных результатов установлено, что у 85 % пациентов в течении первых 3-4 месяцев после лечения отмечен хороший результат. На 3-5 дней сократились сроки временной нетрудоспособности.

Таким образом, применение комплексной программы лечения корешкового синдрома при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных в поликлинических условиях.

ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА РАНЕВЫХ РЕГЕНЕРАТОВ КОЖИ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ СВЕТОДИОДНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАСНОГО ДИАПАЗОНА

Столбовская О.В., Куликова Т.К., Гриненко Е.А., Ежова О.В., Лаврушина Е.Е.

г. Ульяновск, Ульяновский государственный Университет

Исследовали воздействие светодиодного излучения красного диапазона (СДИКД) на характер заживления раневой поверхности кожи животных. Эксперименты проведены на 96 беспородных белых крысах самцах. На спине у животных удаляли кожный лоскут размером 1х1 см до фасции подлежащих мышц. Операция проводилась под тиопенталовым наркозом. Все животные были разделены на 3 группы по 32 в каждой. Первую группу составили контрольные животные, не подвергавшиеся воздействию СДИКД, вторую — животные, кожные раны которых подвергали облучению СДИКД в течение 2 минут, третью — подвергали облучению СДИКД в течение 5 мин. Воздействие светом на кожные раны проводилось ежедневно дистантным способом с помощью светодиодного излучателя. Для оценки гистоморфологических изменений соединительной ткани использовался метод окрашивания гистологических срезов азур II — эозином. По гистологическим срезам определяли динамику количества лейкоцитов, фибробластов и макрофагов на 3, 5, 7 и 11 сутки эксперимента. При оценке раневых регенератов выявлена следующая динамика клеточных элементов. В обеих экспериментальных группах на 3-и сутки количество лейкоцитов было выше, по сравнению с контролем, с 5-х суток их количество уже снижалось, в то время как в контроле оно нарастало до 7-х суток. При этом реакция лейкоцитов была более выраженной во 2-й экспериментальной группе.

Морфометрическая оценка фибробластов в контрольной группе свидетельствовала о их максимальном количестве на 3-и сутки — 194,5, на 7 сутки — 163,8, на 11-е сутки — 16,33 ($P < 0,05$). В экспериментальных группах иная картина: число фибробластов с начала эксперимента резко возрастает и достигает своего наибольшего значения к 7-м суткам, после чего обнаруживается тенденция к их снижению. Этот факт говорит о более активном прохождении 2 и 3 фаз воспаления в области повреждения у животных, подвергавшихся влиянию СДИКД. Значительное увеличение фибробластов в грануляционной ткани во все сроки эксперимента более характерно для 2-х минутного облучения СДИКД.

Сравнительный анализ макрофагов зоны воспаления контрольной и экспериментальных групп показал, что под воздействием СДИКД отмечается явное уве-

личение макрофагов, особенно в опыте с 2-х минутной экспозицией СДИКД, что позволяет сделать вывод о стимулирующем влиянии красного света на течение воспалительного процесса и его зависимость от дозы облучения.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ГИДРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТРОНИЕЙ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Строева В.С., Солодянкина М.Е.

Россия, г. Челябинск, УГМАДО, кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии

Нами разработана и проведена физическая реабилитация в бассейне с использованием индивидуального подбора комплекса упражнений в зависимости от данных обследования и факторов риска у 36 мужчин с АГ: средний возраст $46,5 \pm 0,4$; АГ I — у 6 (50% — средний риск, 50% — высокий риск), АГ II — у 24 (12,5% — средний риск, 87,5% — высокий риск), АГ III — у 6 (100% — очень высокий риск). У всех имелись начальные проявления нарушения мозгового кровообращения. Основные факторы риска — дислиппротеидемия, гипокинезия, избыточная масса тела, стрессогенные профессии. Всем больным проведено: ЭКГ, велоэргометрия, суточное мониторирование АД и ЭКГ, ЭхоКС, биомикроскопия бульбарной конъюнктивы, ЭЭГ, РЭГ, ТКДГ, клинические и биохимические исследования крови. Адаптацию оценивали по выраженности динамики показателей факторов риска, среднему АД (АД ср.), вегетативным индексам Кердо, Хильдебрандта, ударному и минутному объему крови. Оценка адаптивных реакций проводили по Гаркави Л.Х. и соавт. (1979), определяли уровень невротизации по методике психоневрологического института им.Бехтерева В.М., итоговую оценку адаптации проводили по Клячкину Л.М. и Щеголькову А.Н. (2000).

Анализ полученных результатов показал, что АД ср. к окончанию курса снизилось с $114,7 \pm 0,9$ до $96,5 \pm 0,3$ ($p < 0,001$). Эта же тенденция подтверждена данными УО и МОК. Преобладание тонуса симпатической нервной системы нормализовалось. До лечения у 5 человек (12,9%) было состояние полной адаптации, а у 28 (77,8%) была реакция неполной адаптации, причем полноценная — у 16 (44,5%), а неполноценной — у 12 (33,3%), и у 3 (8,3%) был срыв адаптации. У всех отмечалась высокая личностная и реактивная тревожность, психоэмоциональные расстройства вызывали формирование по своим феноменологическим

признакам два варианта ЭЭГ (Жирмунская Е.А., 1993), свидетельствующих о функциональной заинтересованности структур подкорково-мезэнцефально-стволового уровня. В конце лечения у 10 мужчин (27,8%) реакция адаптации стала полной, а у 26 (72,2%) осталась неполной, но изменилось ее качество, появилась реакция полноценной повышенной активации, даже у лиц с реакцией стресса. У 86% пациентов уменьшились проявления личностной и реактивной тревожности с тенденцией к нормализации ЭЭГ. У всех отмечена тенденция к нормализации липидного обмена, индекса атерогенности, индекса массы тела, гемостазиограммы, ЭКГ и церебральной гемодинамики.

Таким образом:

в 2 раза увеличился процент лиц с полной адаптацией, что положительно влияет на прогноз, неполноценная реакция адаптации перешла в полноценную, которая предшествует выздоровлению;

проведенная гидротерапия, являясь эмоционально комфортной, снижает стрессорные реакции, способствующие прогрессивности заболевания.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Ступак И.Н., Стрельникова Е.В., Иванчиков Е.А., Карева Н.П.

г. Новосибирск, Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Новосибирская государственная медицинская академия

Целью исследования был подбор оптимального лечебного комплекса для консервативной терапии больных с поясничным остеохондрозом с использованием физических факторов, лечебной гимнастики по специально разработанной программе, лечебного массажа.

Нами пролечено 45 больных в возрасте от 30 до 55 лет (23 женщины и 22 мужчины) с обострением поясничного остеохондроза, которым в остром периоде для снятия боли, периневрального отека и улучшения кровообращения применялись электрофорез анестетиков диадинамическими или синусоидальными модулированными токами с последующей магнитотерапией от аппарата "Полюс-2" по стандартной методике. В этот же день проводилась лазеротерапия от аппарата "Мустанг-Био", использовался инфракрасный диапазон, импульсный режим, частота излучения 80 гц, мощность в импульсе 8-9 Вт, контактно-зеркальная методика. Всем больным назначалась лечебная физкультура с целью расслабления напряженных мышц, для чего подбирались разгрузочная поза и проводилось лечение положением, точеч-

ный массаж и нестероидные противовоспалительные препараты. Уменьшение выраженности болевого синдрома в среднем на 70,0% и улучшение неврологического статуса наблюдалось после 5-7 процедур у 91,0% больных. Группу сравнения, репрезентативную по полу, возрасту, тяжести и продолжительности заболевания, составили 50 человек, 25 из которых получали аналогичный лечебный комплекс без лазеротерапии (1-я подгруппа), 25 больным вместо магнитотерапии от аппарата "Полюс-2" и лазеротерапии проводили магнитолазерную терапию от аппарата "Мустанг-БИО" (2-ая подгруппа). В 1-ой подгруппе положительные результаты, сравнимые с результатами в опытной группой, через 5-7 процедур отмечены у 76,0% больных, во 2-ой — у 84,0%.

После стихания острых болей больным назначался лечебный комплекс, состоящий из электрофореза гальваническим током анальгина, растворенного в диметилсульфоксиде, фонофореза гидрокортизона и лазеротерапии, добавлялись упражнения в изометрическом режиме для укрепления определенных групп мышц, массаж поясничной области и нижних конечностей. Все процедуры проводились последовательно в один день, продолжительность курса — 10-12 дней. В результате лечения в опытной группе 93,3% больных возвратились к труду по окончании комплексной терапии, болевой синдром полностью купирован у 89,0% человек. В группе сравнения, где электрофорез комбинировался либо с фонофорезом (1-ая подгруппа), либо с лазеротерапией (2-ая подгруппа), по окончании курса лечения к труду возвратились соответственно 80,0 и 88,0%, купирование болевого синдрома полностью наступило в 76,0 и 84,0% случаев.

Таким образом, наиболее эффективными оказались программы комплексного лечения поясничного остеохондроза, сочетающие ежедневное применение трех методов аппаратной физиотерапии с обязательным включением лазеротерапии, лечебную гимнастику и массаж.

ОЦЕНКА НАПРЯЖЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ У СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ МЕТОДОМ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ПЛЕЯД ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ МАГНИТОВИБРОАКУСТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ

Сучкова Ж.В., Булатецкий С.В. Бяловский Ю.Ю.

г. Рязань, Рязанский государственный медицинский университет

Посредством построения корреляционных матриц провели математическое моделирование исследуемых статистических показателей, полученных на разных этапах (днях) курса локальных воздействий аппаратом МАГОФОН-01 на проекцию иммунокомпетентных органов. В качестве критерия оценки статистических связей между показателями variability сердечного ритма, параметрами анализа биоритмологических процессов (фрактальной нейродинамики) и ситуационными психологическими характеристиками служил непараметрический показатель ранговой корреляции Спирмена. Использование данного показателя было обусловлено разной степенью нормированности и ранжирования используемых физиологических показателей и психологических шкал (Анастаси А., 1982).

Двухнедельный курс стимулирующих воздействий аппаратом МАГОФОН-01 прошли 75 спортсменов высокой квалификации в возрасте от 17 до 25 лет. Оценка взаимосвязи изменений физиологических показателей испытуемых в условиях срочной адаптации к локальному магнитовиброакустическому воздействию в наших исследованиях осуществлялась с помощью корреляционных графических моделей в виде плеяд.

Корреляционная плеяда в исходном фоне характеризовалась преобладанием слабых и средних парных коэффициентов корреляции Спирмена. Подобная картина может иметь место при относительно малых интенсивностях внешних воздействий, не требующих напряжения в изучаемых системах (состояние полной адаптации по Медведеву В.И.). На 4-й день локальных физиотерапевтических воздействий аппаратом МАГОФОН-01 происходит существенное "утяжеление" корреляционных связей, т.е. в плеяде начинают преобладать сильные внутрисистемные парные связи. В соответствии с идеологией межсистемных взаимоотношений (Медведев В.И., 1984; Завьялов А.В., 1990 и др.) подобная картина может иметь место при возрастании напряжения в изучаемых системах. Указанный характер плеяды, на наш взгляд, следует расценивать как достижение максимума функциональных возможностей неспецифических

(стресс-реализующих) адаптационных механизмов и тесного вовлечения в процесс адаптации механизмов других систем. Вторая половина курса лечения характеризовалась существенным "облегчением" корреляционных связей между компонентами рассматриваемых систем, что указывает на снижение адаптационного напряжения. Таким образом, биологическая значимость возникающих изменений может быть определена как переход от адаптационного напряжения (3-4 день) к устойчивой адаптации с минимальным напряжением деятельности неспецифических адаптационных исполнительных механизмов (12-14 день).

ПРИНЦИПЫ СТИМУЛЯЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ С ПОМОЩЬЮ УПРАВЛЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ АДАПТАЦИОННЫМИ МЕХАНИЗМАМИ АППАРАТОМ МАГОФОН-01

Сучкова Ж.В., Булатецкий С.В. Бяловский Ю.Ю.

г. Рязань, Рязанский государственный медицинский университет

Концепция общеадаптационного синдрома Г. Селье (1977), возникающего при любом воздействии, позволяет предполагать интегральные, общеорганизменные изменения и в условиях локальных магнитотерапевтических воздействий. Во время адаптации к раздражителям регистрируются механизмы двух систем: стресс-реализующей и стресс-лимитирующей (Меерсон Ф.З., 1993). Баланс, соотношение активности этих механизмов, может обеспечить наиболее адекватное приспособление организма к действующим факторам внешней среды. На основании этого соотношения можно сформулировать представления о критериях оптимизации магнитотерапевтических воздействий, исходя из системной организации адаптивных функций целостного организма. Цель исследования: оценка оптимальности локальных магнитотерапевтических воздействий при стимуляции функционального состояния спортсменов на основе динамики неспецифических адаптационных механизмов.

75 спортсменов высокой квалификации (возраст от 17 до 25 лет) в оздоровительных целях прошли курс воздействий аппаратом МАГОФОН-01 на проекцию иммунокомпетентных органов — селезёнку, печень, надпочечники. Данное воздействие приводит к увеличению количества лимфоцитов и иммуноглобулинов в крови, повышает уровень адаптации организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. В качестве физиологической мето-

дики оценки состояния неспецифических адаптационных механизмов использовался математический анализ ритма сердца аппаратно-программными комплексами "Варикард-1.4" и "Динамика-100".

Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование аппарата МАГОФОН-01 в оздоровительных целях у спортсменов высокой квалификации избирательно и достоверно изменяет состояние неспецифических адаптационных механизмов: во время первых 3-4 сеансов терапии наблюдается выраженная активация стресс-реализующих систем. К 7-8 дню эта активация практически исчезает и сменяется активацией реципрокных механизмов — стресс-лимитирующих систем. Таким образом, физиотерапевтические характеристики аппарата МАГОФОН-01 при проведении оздоровительного курса необходимо оптимизировать исходя из динамики неспецифических адаптационных механизмов: пространственно-временные показатели локального воздействия должны обеспечивать минимальную активацию механизмов первой группы (стресс-реализующие механизмы) и в наибольшей степени включать механизмы второй группы (стресс-лимитирующие механизмы).

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДЦП И ИХ АППАРАТНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Титаренко Н. Ю.

г. Москва, ЗАО НПЦ "Огонек"

В последние годы успешно развиваются основанные на принципе афферентной коррекции методы восстановления двигательных функций у больных с поздней резидуальной стадией ДЦП. Для реализации этих методов разрабатываются высокотехнологичные устройства и аппаратно-программные комплексы. Так, в 1997 году для реализации метода динамической проприоцептивной коррекции (ДПК) группой конструкторов НПЦ "Огонек" предложено рефлекторно-нагрузочное устройство "Гравистат". Устройство представляет собой систему эластичных тяг, закрепляемых на передней и задней поверхности тела в противовесе. Тяги обеспечивают дозированную компрессионную нагрузку вдоль тела, суммирующуюся с силой тяжести, и коррекцию положения отдельных двигательных сегментов тела. Преодоление дополнительного сопротивления увеличивает активность антигравитационных мышц, что по принципу афферентной коррекции модулирует деятельность функциональной системы антигравитации и других анализаторных систем мозга. Конструктивный элемент устройства реклинатор позволяет снизить тонус большой грудной мышцы —

основного триггера активации тонических рефлексов. При ее релаксации рефлексорно снижается тонус сгибательной мускулатуры плечевого и тазового пояса, вовлеченной в патологические синергические связи при ДЦП.

Исследования, проводимые на базе НПЦ "Огонек", доказывают целесообразность применения кинезотерапии в устройстве "Гравистат" в сочетании с другими методами, способными посредством воздействия на афферентное звено корригировать деятельность центральных структур двигательного анализатора. Это, прежде всего, многоканальная фазовая электромиостимуляция при ходьбе, для реализации которой удобен аппаратно-программный комплекс "Акорд" — адаптивный корректор движений. "Акорд" содержит переносной восьмиканальный блок-электростимулятор. После выбора режима стимуляции блок отсоединяется от стационарного комплекса, закрепляется на поясе пациента и автономно работает в заданном программой режиме, осуществляя адаптивную подстройку частоты подачи импульсов под частоту шаговых движений пациента.

Для выработки и закрепления физиологических форм движений в сочетании с перечисленными методами успешно используются биологические обратные связи (БОС) различной модальности. Включение сознания пациента в контроль моторных функций путем предоставления зрительной и аудиальной информации о выполняемом движении или о сохранении правильной позы позволяет выработать и закрепить желаемый двигательный навык. Так, с целью улучшения качества функции равновесия при поддержании вертикальной позы используется богатый набор компьютерных стабилометрических игр различного интеллектуального уровня, при этом стоящий на стабилоплатформе пациент в режиме реального времени управляет маркером своего центра давления, выведенным на экран монитора. Задаче улучшения координаторных взаимоотношений мышц в системе "агонист — антагонист" отвечает аппаратно-программный комплекс функционального биоуправления по параметрам электромиограммы. В настоящее время разрабатываются и другие аппаратно-программные комплексы, реализующие идею БОС.

ДИНАМИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА КЛИМАТОБАЛЬНЕОЛЕЧЕБНОМ КУРОРТЕ

Тишаков А.Ю., Осадчий В.А

г. Сочи, Сочинский Центральный Военный санаторий

Опыт использования физических методов лечения больных ИБС, несмотря на значительное число публикаций не позволяет выделить те из них, которые обладают максимальной клинической эффективностью и патогенетической направленностью. Вместе с тем, сохраняющийся риск побочных эффектов проводимой медикаментозной терапии и оперативного лечения делают актуальным поиск новых перспективных методов немедикаментозного лечения больных ИБС, к числу которых относится курортная терапия. С учетом преимущественно неспецифических лечебных эффектов природных физических факторов они могут играть существенную роль в коррекции метаболических нарушений у больных с криминальным "квартетом", составляющим основу метаболического синдрома.

Вопросам практического применения различных комбинаций природных физических факторов посвящено большое количество работ. При этом в литературе не приведены данные о синдромно-патогенетической направленности используемых на курортах физических факторов, что существенно ограничивает их целенаправленное использование. До настоящего времени отсутствуют исчерпывающие данные о клинической эффективности и механизмах лечебного воздействия физических факторов у больных ИБС различных функциональных классов, научно не определены показания для их назначения.

Таким образом, широкая распространенность и социальная значимость ИБС, недостаточная эффективность и побочные эффекты ее медикаментозной терапии делают актуальным изучение лечебного действия патогенетически обоснованных комбинаций физических факторов, определение их клинической эффективности, оптимальных параметров лечебного воздействия и показаний для назначения в качестве метода целенаправленного воздействия на основные звенья патогенеза метаболического синдрома у больных ИБС.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В РЕГИОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Торишнева Е.Ю.

г.Астрахань, технический университет, институт биологии и природопользования, кафедра медико-биологических дисциплин

За последние годы с 1991 по 2001г. в Астраханской области отмечается тенденция к снижению общей численности рождения здоровых детей с 23,6% в 1991г. до 10,2 % в 2001г.; увеличивается "группа риска" с 54% (1991) до 67,1% (2001), в том числе на 10 родившихся детей приходится 6-7 детей с диагнозом: перинатальная энцефалопатия. Эти дети в последующем в 95% случаев пополняют группу детей с хронической патологией дыхательной системы (заболеваемость бронхиальной астмой выросла на 13% по сравнению с 1991г.; а рецидивирующим бронхитом на 17%). Наиболее часто обструктивные нарушения встречаются у детей младшего возраста. Это свидетельствует о том, что в младшем возрасте детский организм в большей степени подвержен отрицательному влиянию вредных экологических факторов, связанных с работой Астраханского газоперерабатывающего комплекса.

Целью работы явилось изучение воздействия комплекса реабилитационно-восстановительных мероприятий на организм детей с 1г.8мес. до 6 лет, в анамнезе которых отмечались последствия перенесенной перинатальной энцефалопатии в форме синдрома двигательных нарушений. Комплекс включал: лечебную физкультуру по методикам К.и Б. Бобот, М.Метайера, Пето, К.А.Семёновой, процедуры массажа (сегментарно-рефлекторный, точечный, баночный), физиотерапию (электрофорез, ингаляции, амплипульс-терапию по схеме мышц) и закаливание естественными факторами внешней среды (аэротерапия, инсоляция рассеянными солнечными лучами, водные гигиенические процедуры, гидрокинезитерапия в открытом бассейне). Под наблюдением находилось 36 детей (1гр. — до 3 лет; 2 гр. — 3-4 года; 3гр. с 4 до 6 лет). Объективность результатов исследования подтверждалась проведением клинического обследования и изучением функции внешнего дыхания (спирометрия, определение экскурсии грудной клетки).

В результате проведённого восстановительного лечения и закаливания отмечалось снижение неспецифической бронхо-лёгочной патологии в группах(1 гр. — на 19,04%; 2гр. — на 25,71%, 3гр. — на 35,48%), что указывает на повышение иммунитета детей, улучшение функции внешнего дыхания по данным спирометрии, увеличение экскурсии грудной клетки(1гр — на 0,79см, 2гр —

0,66см, 3гр. — 0,56см в среднем). Улучшились показатели психомоторного развития: общая двигательная активность, координация движений, реакция равновесия в положении "стоя", сформировались своды стоп, укрепился мышечный корсет. Это позволило снизить ортопедическую патологию на 30%.

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ МЕДИКО-ПЕДОГОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ТРАВМАТИЗМА

Туманова Н.П., Алехина О.В., Бойков А.Н., Дидур М.Д.

г. Санкт-Петербург, Россия, Санкт-Петербургское Государственное учреждение здравоохранения "Санаторий "Белые ночи", ПК "Сандр", Санкт-Петербургский Государственный Университет им. акад. И.П. Павлова

Каждый врач знает, что гиподинамия ухудшает работу всех анализаторов человека, вносит дисбаланс в работу мышечной системы, ухудшает показатели внутримышечной и межмышечной координации процессов, наблюдается также ухудшение точности выполнения мелких моторных актов верхних и нижних конечностей, являющихся основой в приспособительно-корректирующих движениях при выполнении быстрых действий, необходимых для предотвращения травм.

Профессором Рыбаковым Д.П. разработан комплекс упражнений с применением тренажерно-информационной системы "Тиса", позволяющей быстро восстановить работоспособность и двигательные производственные навыки.

В санатории "Белые ночи" занятия проводились три раза в день с группами 6-10 чел (всего 73 человека). Утренняя настройка организма (7.30-8.30) включала в себя комплекс упражнений, легко выполнимый всеми пациентами.

Первая часть упражнений проводилась в движении на лесной тропе. Вторая часть — на специальных станциях для укрепления связочно-суставного аппарата. Третья часть связана с коррекцией позвоночника и выполнялась в зале в положении лежа на фоне активной модуляции пола (частота 10-130 Гц).

Дневной комплекс — с 10.00-12.00 проводился в кабинете с использованием устройств тренажерно-информационной системы "Тиса". Все упражнения выполнялись в усложненных условиях, но с обязательной самостраховкой.

Вечерний комплекс — с 16.00-17.00 включал набор мотивированных игр: корректирующий гольф, теннис, дозированный бадминтон. Основы ударных движений изучались левой и правой руками (ногами). Постоянно менялась масса мячей, ракеток, клюшек. Важными моментами являлось ограничение размера площадок для лучшей двигательной активности.

В вечернее время за 1,5 часа до сна пациенты проходили реабилитацию на специальной дорожке с ММПК (модуляция мягких природных колебаний) у себя в номере.

Проводились тесты на равновесие и координацию движений, используя устройства системы "Тиса".

Наблюдалась положительная постепенная динамика улучшения функции вестибулярного аппарата в первой половине (70%) и значительного прироста к концу цикла (100%).

Мотивированные игры улучшили быстроту реакции выбора ситуации.

Параллельное формирование мышечного тонуса корсета и укрепление связочно-суставного аппарата, позволило всем пациентам выполнять сложно-координированные приспособительные движения в условиях нарушения равновесия ($P < 0,01$).

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ЭФФЕКТИВНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Тыченко В.Е., Михайленко Е.Н.

г. Красноярск, Краевой Врачебно-физкультурный диспансер

До 80% всех обращений за медицинской помощью в диспансер приходится на травму. В современных условиях оказание медицинских услуг осложняется не только экономическими условиями, сдерживающими развитие материально-технической базы лечебного учреждения, но и действием этих условий на пациента. Как правило, экономическая нестабильность на наш взгляд приводит к психологической напряженности пациентов, выражающейся нарушением психологического равновесия, тревожности, неуверенности в эффективности лечения. При проведении реабилитационного лечения в условиях нашего диспансера, по уровню психического состояния, мы выделяем три основных типа больных, пришедших на лечение:

1 тип — слабый; у пациента нет уверенности в быстром выздоровлении, он удручен травмой, думает о том, что больше не сможет участвовать в соревнованиях.

2 тип — средний; оптимистически оценивает свое состояние, однако сомневается в лечении, посещает несколько смежных клиник, не может выбрать лечебное учреждение, однако склоняется лечиться в диспансере.

3 тип — сильный; реально оценивает свое состояние, нацелен на быстрый эффект в лечении, активно выполняет назначенные процедуры, продолжает вы-

полнять упражнения для профилактики детренированности, не затрагивающие травматически измененный участок ОДА.

Учитывая это, реабилитационные мероприятия начинаются с психоматического присоединения к пациенту: деонтологический подход медицинского персонала, доброжелательное отношение, личный контакт, устранение чувства "мнимой невнимательности". Для снятия негативных явлений и достижения мышечной релаксации

применяются лекарственные препараты (миалгин, миоластан, негрустин), го-меопатические препараты (ЭДАС-402, травмекс), современные технологии физиотерапевтического лечения, механотерапевтические аппараты, тренажеры. Очень широко в реабилитационной терапии внедряем нетрадиционные методы лечения, которые не требуют больших экономических затрат, но дают хороший эффект (глинолечение, домашняя физиотерапия, аппликационные лепешки с продуктами пчеловодства и др.)

За период 2001-2002 гг. в условиях диспансера было пролечено: всего — 3219 человек, из них: 1822 спортсмена и 1397 человек городского населения. Эффективность лечения составила: у спортсменов — выздоровление 96%; у города — улучшение — 73,4%, выздоровление — 24,6%, без изменения — 2%. Основной патологией у спортсменов является микротравматическая болезнь, у больных из числа городского населения — посттравматические контрактуры. В 2002г. реабилитацию в диспансере проходили и красноярцы-участники Олимпийских игр в Солт-Лейк-Сити, вошедшие в сборную команду страны.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И ФИЗИЧЕСКУЮ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Усков Г.В.

г. Челябинск, Областной Врачебно-физкультурный диспансер

Обследованы здоровые студенты в возрасте 20-29 лет, занимающиеся спортом (1 группа — 192 мужчины, 2 группа — 137 женщин) и не занимающиеся физическими упражнениями (3 группа — 259 мужчины, 4 группа — 252 женщины). Студенты спортсмены занимались лыжами, легкой атлетикой, плаванием 3-4 раза в неделю по 1,5-2 часа каждое занятие с преимущественным развитием общей выносливости. Студенты 3 и 4 групп на протяжении последних 1,5-2 лет физическими упражнениями не занимались.

У студентов с тренирующим двигательным режимом имеется более высокий уровень физической работоспособности, выше качество адаптации к физическим нагрузкам, реже выявляется избыточная масса тела. Гиперхолестеринемия (ГХС) выявляется достоверно реже ($< 6,5$ ммоль/л), гипер-липпротеидемия ($< 75\%$) по сравнению с группами студентов, ведущих малоподвижный образ жизни. Эта закономерность установлена как в группах мужчин, так и в группах женщин с различным режимом двигательной активности. Исследования показали, что у студентов, занимающихся спортом ГХС выявлена в $4,7\%$ — у мужчин и в $0,7\%$ — у женщин, в то время как у студентов с низким уровнем двигательной активности в $20,8\%$ и $10,7\%$ соответственно. Гипер-ЛП у мужчин спортсменов выявлена в $17,7\%$ и женщин спортсменок — $11,7\%$. У студентов, не занимающихся физическими упражнениями, эти показатели встречались в $43,2\%$ и $30,2\%$ случаев соответственно.

Так, у спортсменов средняя величина индекса Гарвардского степ-теста (ИГТС) была наиболее высокой — $72,2 \pm 0,6$ ед. У студенток, занимающихся общей физической подготовкой ИГТС — $64,0 \pm 0,07$ ед. Наиболее низкий уровень физической подготовленности (ИГТС — $37,3 \pm 0,9$) установлен у студенток, прекративших занятия физкультурой и спортом. При этом, у них установлен наиболее высокий уровень холестерина в сыворотке крови ($5,41 \pm 0,7$ ммоль/л) и более низкий коэффициент лецитин/холестерина ($0,64 \pm 0,01$). Аналогичная картина отмечалась и у мужчин с преимущественным развитием выносливости.

Таким образом, занятия физическими упражнениями 3-4 раза в неделю по 1,5-2 часа в условиях ВУЗа оказывают более эффективное влияние, как на уровень физической подготовленности, так и на состояние липидного обмена. Подтверждена защитная роль тренирующего двигательного режима по отношению к атерогенным изменениям липидного обмена, избыточной массе тела, гипертензивным реакциям на физическую нагрузку и уровню физической работоспособности.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У СПОРТСМЕНОВ С РАЗЛИЧНОЙ НАПРАВЛЕННОСТЬЮ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА

Усков Г.В.

г. Челябинск, Областной врачебно-физкультурный диспансер

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния центральной и периферической гемодинамики у спортсменов с аэробной (лыжники) и анаэробной (борцы) направленностью тренировочного процесса.

При сопоставлении общей совокупности обследованных лыжников (201 человек) и борцов (178 человек) было установлено, что спортсмены-лыжники характеризовались большим развитием функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы по сравнению с борцами. На уровне центральной гемодинамики это, прежде всего, проявлялось большими величинами мощности левого желудочка, средне динамического давления и бокового систолического давления. Кроме того, нами были установлены сдвиги, характеризующие большую "экономичность" (Меерсон Ф.З., 1986) функционирования системы гемодинамики у лыжников по сравнению с борцами. Это проявлялось меньшими величинами частоты сердечных сокращений, минутного объема кровотока и сердечного индекса. Регуляторной основой описанных различий в показателях центральной гемодинамики у лыжников и борцов скорее всего является более низкий уровень тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (регулирующей аппарат кровообращения) у спортсменов с аэробной направленностью тренировочного процесса. Об этом свидетельствуют достоверно сниженные величины вегетативного индекса Кердо и индекса функционального состояния у лыжников.

Кроме того, установлено наличие достоверно больших величин систолического объема у лыжников по сравнению с борцами (соответственно 128,7 4,5 и 110,5 4,0 мл, $p < 0,05$). Лыжники характеризовались большими величинами скоростей распространения пульсовой волны как по сосудам эластического, так и мышечного типа, а также большими величинами модуля упругости этих сосудов.

Отмеченные факты могут являться причиной больших величин минимального давления, общего и удельного периферического сопротивления сосудов у лыжников. Полученные результаты позволяют говорить об относительной централизации кровообращения у лыжников по сравнению с борцами.

ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ РАБОЧИХ СУДОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Ушаков А.А., Хазова В.А.

г. Астрахань, технический университет, институт биологии и природопользования, кафедра медико-биологических дисциплин

Целью проведенных научных исследований явилось изучение взаимосвязей состояния здоровья с физической работоспособностью рабочих судостроительного производства в возрастном аспекте. Было обследовано 586 рабочих-мужчин производственных бригад судоверфи в трудоспособном возрасте от 15 до 60 лет.

Исследование уровня физической работоспособности рабочих проводилось велоэргометрически на основе определения максимальной аэробной производительности организма экспресс-способом по методике А.А.Ушакова (Патент № 1380728). Было выделено 5 групп рабочих-мужчин, соответственно: с очень плохой, плохой, удовлетворительной, хорошей и отличной физической работоспособностью.

В результате было выявлено, что доля рабочих с очень плохой и плохой физической работоспособностью в возрасте до 35 лет не велика (от 0,59 до 8,14 %); хорошая и отличная работоспособность встречалась от 24,2 до 14,68 %. У рабочих старше 35 лет увеличивался удельный вес удовлетворительного уровня физической работоспособности, который достигал 15 % от всей совокупности. В 45 лет и старше проявлялась противоположная ситуация — снижение удельного веса удовлетворительной физической работоспособности за счет возрастания числа случаев неудовлетворительных уровней. При этом, следует отметить, что средний возраст рабочих-мужчин в $37 \pm 0,9$ лет являлся "критическим", при котором начинался переход к более низким уровням физической работоспособности.

Изучение временной нетрудоспособности у обследованных рабочих выявило, что частота случаев и дней утраты трудоспособности в группах с низкой физической работоспособностью значительно выше (77,3 случая и 1076 дней на 100 работающих) по сравнению с группами лиц с хорошей и отличной работоспособностью (30,9 случаев и 297 дней). Среди всех заболеваний первое место занимали простудные заболевания (53 %), причем в группе с низкими уровнями физической работоспособности они были отмечены в 33 случаях на 100 работающих, а в группах с хорошим и отличным — только в 13-ти.

Таким образом, исследования показали не только динамику уровня физической работоспособности у рабочих судостроительного производства в возрастном аспекте, но и тот "критический" возраст, когда начинается ее снижение.

Выявлена также зависимость здоровья и трудоспособности от имеющегося уровня физической работоспособности человека, что позволит правильно спланировать реабилитационные и оздоровительные мероприятия на производстве и повысить экономическую эффективность его работы.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ХЛОРИДНО-НАТРИЕВЫХ ВАНН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Фалькова А.В., Колесников Б.Л., Квиткина И.Н., Мурашкина С.В.

Россия, г. Оренбург, Оренбургская областная клиническая больница №2, Областной детский аллергологический центр

Атопический дерматит (АД) в настоящее время является довольно распространенным заболеванием у детей и относится к числу важнейших медицинских проблем в педиатрии.

Целью предпринятых нами исследований являлось изучение эффективности лечения АД с применением минеральных ванн. Для проведения процедур использовалась вода, получаемая из скважины, расположенной на территории Оренбургской областной клинической больницы №2.

Минеральные хлоридно-натриевые ванны с минерализацией воды 10-20 г/л проводились по общепринятой методике: температура воды — 37-38° С, время воздействия — 10 мин.

Лечение проводилось два дня подряд, с перерывом на третий день. Курс лечения — 10-12 процедур. Механизм действия хлоридно-натриевых ванн заключается в улучшении обменных процессов в коже, спазмолитическом и противовоспалительном действии, регуляции иммунологических реакций, а так же гормонального состояния.

Нами проанализированы результаты лечения 70 детей с АД в возрасте от 3-х до 15 лет. Больные были распределены на три группы, которые были сформированы по приблизительно одинаковым показателям SCORAD (scoring of atopic dermatitis), предусматривающей бальную оценку по 6 объективным симптомам.

I группа — дети, получавшие одновременно минеральные ванны и физиотерапевтические методы лечения (ультразвук, поляризованный свет, ДАрсонваль, ультратонтерапию, электросон) — 40 человек (до лечения — 42.5 баллов, после — 8.1балла).

II группа — дети, получавшие только минеральные ванны — 15 человек (до лечения — 43.5 балла, после — 16.8 балла).

III группа — дети получавшие только физиотерапевтические методы лечения — 15 человек (до лечения — 44.3 балла, после — 16.5 балла). Результаты эффективности лечения оценивались по системе SCORAD.

Установлено, что у больных I группы положительная динамика наблюдалась на 2-3 процедуре, эффективность лечения составила 34.4 балла, у больных II группы — на 5-6 процедуре, эффективность лечения — 26.7 балла, тогда как у больных III группы — на 9-10 процедуре и эффективность составила — 27.8 балла. Одному больному лечение было отменено из-за плохой переносимости ванн.

Таким образом в результате полученных данных представляется целесообразным использовать сочетанное применение минеральных хлоридно-натриевых ванн и других вышеуказанных физиотерапевтических методов в лечении детей страдающих атопическим дерматитом.

ФОТОФОРЕЗ ХОЛИСАЛА ЗЕЛЕНЫМ СПЕКТРОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПЕРОДОНТИТА ВЗРОСЛЫХ

Февралева А.Ю., Жданов Е.В., Герасименко М.Ю., Варавва А.С.

Россия, г. Москва МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского. Отделение физиотерапии и реабилитации

Выраженное терапевтическое воздействие на ткани пародонта оказывает низкочастотное лазерное излучение, а его сочетание с лекарственным средством дает потенциальную возможность усиления лечебного эффекта

Проведено обследование и лечение 84 больных хроническим генерализованным пародонтитом в возрасте от 31 до 68 лет, которые были распределены по группам в зависимости от тяжести процесса и метода лечения. В контрольную группу входило 19 пациента, во 2 группу — 27 пациентов, которым проводилась облучение зеленым спектром, в 3 группу — 26 пациентов — фотофорез холисала. Курс лечения в 4-6 процедур начинали с обучения гигиене полости рта с последующим контролем при каждом посещении, далее проводился скейлинг и руптлинг ультразвуковым и ручным методом, одонтопластика по показаниям. Всем пациентам проводились полное пародонтологическое, рентгенологическое исследование, реография тканей пародонта, капилляроскопия, определялись параметры местного иммунитета, морфологическое исследование биоптатов десны в сроки до и после лечения, и через 6 и 12 месяцев.

Методика лечения в контрольной группе заключалась в комплексном лечении пародонтита по общепринятой методике. Начиная с первого посещения проводи-

ли воздействие зеленым лазером (аппарат Скаляр) с длиной волны мкм с выходной мощностью 15-20 мВт по 3-4 мин на поле с общим временем процедуры 20 мин, на курс лечения 10 процедур через день. При фотофорезе использовались аналогичные параметры лазерного излучения, но дополнительно применяли аппликации холисала с вестибулярной и оральной стороны альвеолярного отростка.

После проведенного курса лечения больные отмечали исчезновение неприятных ощущений в деснах и запаха изо рта. Установлено значительное снижение отечности и гиперемии альвеолярной десны. Явления цианоза отсутствовали. Кровоточивость десен отмечена не была. Десневые сосочки более плотно прилегали к поверхности зубов, не выбухали, величина пародонтальных карманов уменьшилась на 1-2 мм. Выявлено уменьшение степени патологической подвижности зубов. В группах больных, которым проводился фотофорез холисала, воспалительные явления уменьшались на 50% уже ко второму-третьему посещению, а в остальных группах такое снижение воспалительного процесса происходило к 4-5 посещению. В отдаленные сроки по сравнению с контрольной и группой, где проводилась только лазеротерапия, отмечалась более длительная стабилизация процесса, слабая выраженность симптомов воспаления.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АМБЛИОПИИ У ДЕТЕЙ

Филатова Е.В.

Россия. г. Москва МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского. Отделение физиотерапии и реабилитации

Амблиопия является состоянием, основанным на стойком торможении коркового отдела зрительной системы, обусловленным нарушением адекватной стимуляции сетчатки всего сенситивного периода или разницей в величинах афферентных потоков, поступающих в мозг от разных глаз. Применение монофакторных методик воздействий при лечении данной патологии не всегда является залогом полноценного восстановления функции зрительного анализатора. Наличие сопутствующих офтальмологических заболеваний (нарушения рефракции глаза, астигматизма, врожденного птоза, косоглазия и т.д.), неврологических нарушений и ортопедической патологии у данной категории пациентов диктует поиск комплексного решения проблемы.

Цель — разработка комплексной методики реабилитации детей с амблиопией с применением многоуровневого воздействия на заинтересованные центральные и периферические звенья нервно-мышечного аппарата.

Проведено обследование и лечение детей в возрасте от 3 до 15 лет, страдающих амблиопией различной степени тяжести. Всего наблюдалось 40 детей. Больные были разделены на две равноценные группы, в одной из которых в реабилитационный комплекс включались: лазерная терапия, электростимуляция по системе мигательного рефлекса в оригинальной методике, электрофорез "Пантовегина", массаж головы и шейно-воротниковой зоны, ЛФК. Методами контроля были: визо- и рефрактометрия, электрофизиологические методы; расширенная нервно-мышечная диагностика; модифицированный метод определения мигательного рефлекса; электроэнцефалография с элементами картирования; психологическое обследование.

В результате лечения отмечались следующие эффекты:

- повышение остроты зрения в среднем на 0,17;
- у 19 детей появилась возможность проведения оптической коррекции зрения, что было невозможно до лечения;
- со стороны нервной системы отмечено снижение астенических реакций, снижение утомляемости при чтении, улучшение сна, повышение усидчивости, повышение концентрации внимания,
- на электроэнцефалограммах изменения отмечались как в диапазоне альфа-ритма, так и в диапазоне медленных волн, наблюдалось уменьшение выраженности амплитуды медленно-волновой активности тета- и дельта-диапазона, при ритмической фотостимуляции наблюдали расширение диапазона усвоения ритмов, реакция становилась более адекватной;
- в ортопедическом статусе отмечалось улучшение осанки, улучшение электродиагностических показателей мышечной системы.

Таким образом, назначение комплексного лечения у детей с амблиопией наиболее полно охватывает все уровни патологических изменений в организме больного ребенка.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ РАБОТНИКОВ ГАЗОДОБЫВАЮЩЕЙ ОТРАСЛИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Харебава И.М

г. Москва, Медицинское управление ОАО "Газпром"

В условиях реформирования газодобывающей отрасли особое значение уделяется сохранению и восстановлению здоровья специалистов, на которых в процессе профессиональной деятельности воздействует большое количество неблагоприятных профессиональных факторов (токсиканты, химические соединения, шум, вибрация, фиксированное положение тела, резкие перепады температуры и атмосферного давления, высокая вероятность получения травмы и ранения и др.). Указанные обстоятельства в сочетании с наличием факторов риска (гиподинамия, курение, нерациональное питание и др.) приводят к развитию у летчиков функциональных нарушений гомеостаза и снижению трудоспособности, а подчас и к возникновению патологических изменений. Такие состояния и заболевания могут быть эффективно скорректированы комплексом реабилитационно-восстановительных мероприятий в условиях санатория.

В результате анализа 421 истории болезней работающих газодобывающей отрасли, поступивших на санаторно-курортное лечение в санатории "ОАО" Газпром установлено, что ведущими заболеваниями у работников газодобывающей отрасли, поступающих на санаторно-курортный этап, являются заболевания опорно-двигательного аппарата и болезни системы кровообращения.

Использованные комплексы восстановительных мероприятий, включающие методы курортной терапии, специальных физических тренировок, повышения психологической устойчивости и детоксикации способствовали улучшению показателей функционального состояния различных категорий работников газодобывающей отрасли в процессе санаторно-курортного лечения.

На основе анализа полученных данных клинико-психологического обследования, были разработаны комплексы бальнео- и физио-терапевтических процедур, имеющих синдромно-патогенетическую направленность, а также специализированные (применительно к условиям санатория) комплексы восстановительных мероприятий, включающие диетотерапию, фитотерапию, кинезитерапию. В зависимости от исходного функционального состояния восстановительные рекреационные программы у здоровых лиц проводили по тренирующему режиму, а у больных — по щадяще-тренирующему.

При оценке эффективности реабилитационных программ у работников газодобывающей отрасли состава с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника выявлена высокая эффективность использования природных физических факторов, в частности климата, сероводородных вод и лечебных грязей.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В РАМКАХ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Харламов Е.В.,

Россия, г. Ростов-на-Дону, медицинский университет, кафедра физического воспитания, врачебного контроля, лечебной физкультуры и здоровья

В последнее десятилетие отмечен значительный рост дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов, связанный с социально-экономическими проблемами и улучшением диагностических мероприятий лечебных учреждений.

Заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА) ведут к нарушению функций опорно-двигательного аппарата, препятствуя человеку вести здоровый образ жизни. В рамках медико-генетического обследования у 422 студентов I-II курсов РГМУ, страдающих заболеваниями ОДА и, соответственно, группы контроля (400 здоровых студентов) были проведены исследования: генеалогические, дерматоглифические, антропометрические, соматотипирование; проанализированы антигены крови системы АВО и резус-фактор "D".

Генеалогический метод: были составлены графические схемы семейных родословных больных и практически здоровых студентов (Давиденко Е.Ф., Либерман И.С., 1975).

Дерматоглифика: по методу Гладковой (1966), с помощью типографской краски у больных студентов и группы контроля получены отпечатки пальцев и ладоней рук. Изучены пальцевой узор кисти (дуги, петли, завитки), гребневой счет, дельтовый индекс М. В. Волоцкого, вариабельность главного ладонного угла Atd , длина, отношение, характер нарушений главных флексорных борозд ладони.

Антропометрия: определяли вес, рост, длину верхней конечности, кисти, тип кисти и стопы, "условную" площадь ладони. Соматотипирование проведено по методу Р.Н. Дорохова (1985) и определены соматотипы по габаритному уровню варьирования (ГУ). Группа крови и резус-фактор "D" определялись экспресс-методом. Все полученные результаты исследования обработаны статистическим методом определения критерия Стьюдента.

Найдено, что родственники больных страдают заболеваниями ОДА в 2,5 раза чаще, чем родственники здоровых. Гребневой счет у больных статистически достоверно больше, чем у здоровых. У больных: в пальцевой формуле преобладали петли и завитки был увеличен индекс М.В. Волоцкого; уменьшено среднее значение главного ладонного угла Atd — не менее 45 градусов; на проксимальной борозде и борозде большого пальца преобладали "цепочки". Заболевания ОДА чаще встречались у мезомакросомных и макросомных типов по ГУВ. У больных с заболеваниями ОДА уменьшены: длина верхней конечности и кисти на 1,5 кв.см; "условная" площадь ладони на 2 кв.см; преобладают: ульнарный тип кисти и греческий тип стопы. В (III) группа крови и резус — отрицательный фактор "D".

На основании результатов комплекса генетических маркеров разработали шкалу риска наследственной предрасположенности к заболеваниям ОДА. В соответствии со степенью преобладания того или иного признака над контрольными показателями у здоровых, мы условно придали маркеру то или иное число баллов, затем суммировали данные, сопоставили их с контрольными и выделили 4 степени риска: незначительная — 0-11 баллов; умеренная — 12-17 баллов; значительная — 18-23 балла; высокая — выше 23 баллов. Предлагаемая методика позволяет повысить эффективность диагностики заболеваний ОДА и ориентировать молодежь в выборе видов спорта с учетом их физических и генетических данных.

АРТРОСКОПИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА У СПОРТСМЕНОВ

Ходарев С.В., Фабрикант М.Г., Лымарь А.Г., Прокудин С.В., Злочевский М.Б.

г. Ростов-на-Дону. Государственное учреждение здравоохранения "Врачебно-физкультурный диспансер" Ростовской области

Метод артроскопии применяется в хирургическом отделении Государственного учреждения здравоохранения "Врачебно-физкультурный диспансер" Ростовской области в течение семи лет. За этот период произведено более 500 операций, выполненных в случаях острых закрытых травм коленного сустава, повреждения капсульно-связочного аппарата с явлениями нестабильности, а также посттравматического гонартроза.

Преобладающей причиной повреждения коленного сустава у спортсменов являлись игровые виды спорта.

Все операции были выполнены преимущественно под проводниковой или перидуральной анестезией. Наш опыт свидетельствует о предпочтительном использовании проводникового обезболивания, в результате применения которого не получено осложнений, позволяющего выполнять практически любое оперативное вмешательство на коленном суставе.

У вышеуказанной категории пострадавших достаточно часто встречаются сочетанные внутрисуставные повреждения. Наиболее частым сочетанием явились повреждения: мениска с различной степенью хондромалиции — 63% случаев, обоих менисков составили 14%, повреждение мениска и передней крестообразной связки — 11% случаев. Метод лечебно-диагностической артроскопии позволял не только максимально точно выявить внутрисуставные повреждения, но и выбрать наиболее эффективный и малотравматичный способ их устранения (резекция или шов поврежденных менисков, репозиция костных фрагментов под артроскопическим контролем, восстановление связочного аппарата коленного сустава).

Нами разработан алгоритм лечения деформирующего остеоартроза с применением возможностей артроскопии с учетом стадии развития болезни. В отделении постоянно совершенствуется и с успехом применяется методика профилактики посттравматического гонартроза. После выполнения операции артроскопической абразивной артропластики используем препараты хондропротективного действия, включая антигомотоксические, а также производные гиалуроновой кислоты.

Каждый пациент получил индивидуальный курс послеоперационного восстановительного лечения с применением лечебной физкультуры, средств иглорефлексотерапии и физиотерапевтического воздействия, что сократило длительность послеоперационной реабилитации, восстановления функции и возвращения на прежний уровень физических нагрузок.

В заключение отмечаем, что артроскопия становится неотъемлемым способом диагностики и лечения практически любой внутрисуставной патологии коленного сустава. Наши наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности данного метода, который в комплексе с послеоперационными реабилитационными мероприятиями дает возможность максимально точно установить диагноз повреждения, его степень, а также позволяет устранить причину и восстановить функцию сустава.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФЛЕБОСКОПИИ И ФЛЕБОТОМЕТРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Ходарев С.В., Лымарь А.Г., Прокудин С.В., Злочевский М.Б.

г. Ростов-на-Дону Государственное учреждение здравоохранения "Врачебно-физкультурный диспансер" Ростовской области

До настоящего времени результаты хирургического лечения варикозной болезни не могут удовлетворять из-за частоты рецидива заболевания.

Значительная часть рецидивов варикозной болезни обусловлена не устраненным сбросом венозной крови по перфорантным венам или из-за не удаленных притоков большой подкожной вены бедра (БВП) в которых по данным триплексного сканирования ретроградный приток не диагностирован.

На наш взгляд дополнительные возможности при диагностике недостаточных перфорантных вен, несостоятельных двухстворчатых клапанов вен притоков БВП, а также состояние самой БВП может дать флебоскопия с флеботонометрией.

Данное исследование проведено у 21 пациента оптикой фирмы Рихард Вольф диаметром 5 мм, с прямым полем зрения. Заданное давление от 20 до 40 мм рт.ст. поддерживалось гидроинсуфлятором той же фирмы. Эвакуация крови из вены достигалась продвижением перед оптикой раздутого зонда Фогарти.

Результаты исследований сравнивали с результатами триплексного сканирования вен больного до операции.

У 8 пациентов выявлены недостаточные перфорантные вены Гунтера и Кокета.

У 6 пациентов выявлена недостаточность двухстворчатых клапанов в устье притоков БВП в средней трети бедра и верхней трети голени.

У 11 пациентов диагностирован ретроградный кровоток в БВП не определяющийся по данным триплексного сканирования вен.

Таким образом, интраоперационная флебоскопия с флеботонометрией позволяет дополнить диагностические возможности триплексного сканирования вен, а значит улучшить качество оперативного лечения больных с варикозной болезнью.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СПОРТСМЕНОВ В ЦЕНТРАХ ОЛИМПИЙСКОЙ ПОДГОТОВКИ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ходарев С.В., Горбанева О.П., Разумова Л.П.

г. Ростов-на-Дону, ГУЗ "ВФД" РО

На территории Ростовской области организованы региональные Центры Олимпийской подготовки (ЦОП) спортсменов по 16 видам спорта. Медицинское обеспечение подготовки кандидатов в олимпийскую сборную страны и их ближайшего резерва возложено на Областной врачебно-физкультурный диспансер.

Основными структурными подразделениями диспансера являются:

- Блок отделений спортивной медицины, включающий отделение спортивной медицины и реабилитации подростков, отделение врачебного контроля за детьми, занимающимися физической культурой и спортом, медицинскую службу училища Олимпийского резерва с дневным стационаром, второе терапевтическое отделение с дневным стационаром.

- Лечебно-диагностический блок: стационарное хирургическое отделение, первое терапевтическое отделение с дневным стационаром, амбулаторное хирургическое отделение, отделение функциональной диагностики, клиничко-диагностическая лаборатория отделения УЗИ, рентгенологический и эндоскопический кабинеты.

- Реабилитационный блок: отделение ЛФК и гидротерапии, отделение физиотерапии с автоматизированным комплексом рефлексотерапии, отделение медицинской реабилитации детей с дневным стационаром.

В диспансере создана комплексная научная медико-биологическая группа (КНГ), в состав которой вошли ведущие специалисты диспансера. Основная задача КНГ — обеспечить эффективное управление тренировочным процессом, своевременность и качество корректирующих мероприятий.

Определен объем УМО (углубленное медицинское обследование) и ЭКО (этапное комплексное обследование) для спортсменов ЦОПов, которые проводятся в соответствии с утвержденными совместно врачами и тренерско-преподавательским составом планами медико-биологического обеспечения подготовки.

Все необходимые лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия проводятся спортсменам ЦОПов с использованием всех возможностей диспансера.

Текущие мероприятия по восстановлению спортивной работоспособности проводятся как непосредственно в медицинских кабинетах ЦОПов, так и в условиях диспансера.

Таким образом, организация медицинского обеспечения ЦОПов позволяет эффективно, на современном уровне обеспечить тренировочный процесс у спортсменов высших достижений.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ КИСТИ

Чеклцова Е. Н., Токарев А.Е.

Россия, г. Пермь, Медицинская академия

Целью исследования явились наблюдения за результатами восстановительного лечения в зависимости от срока назначения реабилитации.

Отдалённые результаты лечения изучены нами у 22 больных. Большинство больных (около 60%) поступило на реабилитацию в поздние сроки после перенесённой операции/травмы с отёком кисти, атрофией и снижением тонуса мышц, грубыми кожными рубцами, тугоподвижностью суставов кисти, контрактурами.

Учитывая это, у больных с острой травмой, лечебную гимнастику назначаем уже через 2-3 дня после травмы или операции, а у поступающих в поздние сроки — в день поступления. Используем массаж, упражнения на посылку импульса к сокращению, статическое напряжение мышц повреждённой конечности с постепенно возрастающей нагрузкой, добиваемся прироста силы иммобилизованных мышц за счёт тренировки здоровой конечности. Подключаем занятия на "кистевом" комплексе, упражнения со снарядами, механотерапию, электростимуляцию мышц, упражнения игрового типа, силовые, с отягощением и сопротивлением, трудотерапию, для разработки контрактур суставов кисти — метод постизометрической релаксации, пассивное корректирующее лечение. Уделяем особое внимание правильности иммобилизации.

Для контроля за динамикой реабилитации применяем комплекс биомеханических показателей, измеряемых один раз в две недели: ангулометрия, динамометрия кисти, координатометрия, выявление нарушенных захватов кисти. Для оценки силы щипка и нажатия нами предложена методика относительной сравнительной тензометрии (свидетельство на полезную модель № 2002116602 от 24.06.2002 г.)

Нами установлена положительная динамика восстановительных мероприятий при максимально раннем начале реабилитации с большим количеством отличных и хороших результатов в исходе лечения.

Раннее, индивидуальное, дозированное комплексное восстановительное лечение в зависимости от вида и характера повреждений, степени расстройств кровообращения, функций нервно-мышечного аппарата, времени, прошедшего после травмы/операции, фазы течения репаративного процесса, наличия сопутствующей патологии обеспечивает полноценное восстановление травмированной кисти, способствует укорочению сроков лечения и позволяет получить положительные результаты у подавляющего большинства больных.

Сроки начала реабилитации	Кол-во наблюдений	Результаты реабилитации			
		Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Ранние	10	3 (30%)	7 (70%)	—	—
Поздние	12	1 (8,3%)	8 (66,4%)	3 (25,3%)	—

О МЕХАНИЗМАХ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Чиж А.Г., Липатова Т.Е.

Россия, г. Саратов, Государственный медицинский университет, Военно-медицинский институт

Целью исследования явилась оптимизация лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) на основании изучения динамики количественной характеристики и функционального состояния апудоцитов антрального отдела желудка при применении электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД) в терапии данного контингента больных. Под нашим наблюдением находились 88 больных (ЯБДК), которым наряду с медикаментозной терапией (ингибитор протонной помпы, тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки и метронидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней), проведен курс ЭМИ ММД. Контрольные группы составили 50 больных ЯБДК, получавших только лекарственную терапию и 30 пациентов с хроническим диффузным гастритом (ХГ). Материал для морфологического исследования получали прицельно из антрального отдела желудка. Апудоциты слизистой оболочки антрального отдела желудка, секретирующие серотонин, мелатонин, гистамин, гастрин, нейротензин и соматостатин изучались иммуногистохимическим методом.

В результате проводимой терапии с ЭМИ ММД заживление язвенного дефекта двенадцатиперстной кишки наблюдается в среднем $17,24 \pm 1,43$ дней. Процесс рубцевания язвы в результате только медикаментозной терапии больных более длительный — в среднем $24,55 \pm 1,72$ дней ($p < 0,001$). Через месяц с начала терапии при использовании в лечении больных ЯБДК воздействия ЭМИ ММД в

слизистой оболочке желудка нормализуется количество и функциональное состояние апудоцитов, продуцирующих серотонин, гастрин и соматостатин, наблюдается умеренная гиперплазия со стороны клеток, секретирующих мелатонин, гистамин и нейротензин по сравнению со значениями в группе больных ХГ. В группе пациентов с ЯБДК, которым проводилось только медикаментозное лечение, отмечается положительная динамика со стороны исследуемых эндокринных клеток, однако сохраняется достоверная гиперплазия эндокринных клеток, секретирующих гастрин, гистамин, серотонин, нейротензин и гипоплазия клеток, секретирующих соматостатин, по сравнению с показателями у больных ЯБДК, получавших воздействие ЭМИ ММД. Положительная динамика структурно-функциональной организации ключевых апудоцитов желудка свидетельствует о влиянии ЭМИ ММД на патогенетические звенья язвенной болезни и, следовательно, о целесообразности использования этого метода в гастроэнтерологической практике.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Чиж А.Г., Чиж А.А., Исламова Е.А.

Россия, г. Саратов, Государственный медицинский университет, Военно-медицинский институт

Целью настоящего исследования явилась клинико-эндоскопическая, морфологическая и микробиологическая оценка эффективности применения чрескожной лазеротерапии в лечении больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК).

Под наблюдением находились 32 больных НЯК легкой и средней степени тяжести, которым наряду с медикаментозной терапией проведен курс чрескожной лазеротерапии (ЧЛ). Контрольные группы составили 28 больных НЯК, получавших только лекарственную терапию, и 20 практически здоровых лиц. Материал для морфологического исследования получали из сигмовидной кишки, для гистологического исследования биоптатов применяли окраски гематоксилин-эозином и азур-эозином. Бактериологическая оценка микробиоценоза толстой кишки основывалась на исследовании микрофлоры кала с выделением степеней дисбактериоза (МЗ РФ, 1991). Исследование кала на дисбактериоз в период обострения НЯК обнаружило изменение биоценоза толстой кишки у 93,3% пациентов: I степень дисбактериоза отмечалась у 51,7%, II степень — у 35%, III — у 6,6% пациентов.

Комбинированная терапия салозопрепаратами и ЧЛ ведет к улучшению морфологической картины толстой кишки. Так, после применения ЧЛ отмечается достоверное уменьшение степени дистрофии эпителия, деформации и атрофии ворсинок, снижение активности воспаления в слизистой оболочке толстой кишки, что проявляется исчезновением отека, уменьшением нейтрофильной и лимфоплазмочитарной инфильтрации, и не выявляется формирование грубых соединительнотканых рубцов ($p < 0,05$ по сравнению с показателями у пациентов после только медикаментозной терапии).

Через два месяца после применения ЧЛ у 65,6% больных достигалась уменьшение основных дисбиотических нарушений и отмечалась нормализация содержания в кале *E. coli*, бифидобактерий, лактобактерий, энтерококков. Вместе с тем, у части больных после ЧЛ в кале определялись золотистые стафилококки, протей, грибы рода *Candida*, гемолитические штаммы *E. coli*. После медикаментозной терапии у 71,4% больных НЯК сохранялись явления дисбактериоза. Таким образом, применение лазеротерапии в комплексном лечении больных неспецифическим язвенным колитом способствует уменьшению или ликвидации активного воспалительного процесса в толстой кишке и восстановлению биоценоза кишечника.

ОЗДОРОВЛЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ

Шакирова Е. П., Резцова Е. М.

г. Киров, Кировская государственная медицинская академия

Частые простудные заболевания, наряду с нарушениями осанки, близорукостью, невротическими расстройствами принято относить в группу "школьных болезней".

По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков РАМН до 70 % времени дети проводят в образовательных учреждениях. Поэтому, не смотря на неблагоприятные факторы (несоответствие условий обучения санитарно-гигиеническим требованиям, недостаточные знания педагогических коллективов школ, детей и родителей по профилактике респираторных инфекций) школа обладает большими возможностями по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья учащихся.

Под нашим наблюдением находилось 56 часто болеющих детей в возрасте от 7 до 9 лет, что составило 23,3 % от общего числа учащихся начальной школы. Критериями для определения детей в данную группу явились перенесенная пневмония, острые респираторные заболевания более 3 раз в год.

При этом снижение ЖЕЛ отмечалось у 28,6 %, снижение мышечной силы у 26,8 %, дефицит массы у 3,6 %, дисгармоничность развития у 25%.

Оздоровление детей проводилось в условиях школы и включало в себя следующие мероприятия:

Оздоровление детей с подострыми формами и реконвалесцентов ОРЗ (фитотерапия, медикаментозная терапия по показаниям).

Оздоровление по комплексной программе включающей терапию адаптогенами, витаминами, фитонцидами, микроэлементами, гомеопатическими средствами.

Использование приемов массажа (точечный, носогубного треугольника).

Использование дыхательных тренажеров в промежутках между уроками.

Проведение коррегирующей гимнастики, музыкотерапии в виде оздоровительных перемен.

Проведение уроков здоровья с целью формирования здорового образа жизни.

Проведение родительских гостиных с целью знакомства родителей с причинами и последствиями частых респираторных заболеваний, с методами лечения и профилактики.

В результате проведения данных мероприятий число часто болеющих детей за год снизилось на 39 % и составило 9,1% от общего числа учащихся начальной школы. Причем снижение ЖЕЛ отмечалось в 18,8% случаев, что на 9,8% меньше, чем в начале наблюдения, снижение показателей динамометрии в 31,8 % случаев, дефицит массы не отмечен ни у одного ребенка, дисгармоничность физического развития выявлена в 22,7 % случаев.

Таким образом, реабилитация часто болеющих детей в условиях школы является перспективным направлением современной восстановительной медицины.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С НАРУШЕНИЯМИ СНА

Шалыгин Л.Д., Староверова О.А.

г. Москва, Национальный медико-хирургический центр Минздрава России

Работа в эколого-неблагоприятных условиях, со сменой климатических поясов, нарушением ритма профессиональной деятельности сопровождается нарушениями сна и приводит к значительному снижению профессиональной надежности лиц опасных профессий. В связи с этим необходима разработка программ медицинской реабилитации корригирующих нарушения сна у этих контингентов на современном уровне.

В связи с чем нами изучалась возможность применения комплексных программ медицинской реабилитации, включающих применение мелатонина и малых доз магнитного излучения у лиц опасных профессий. Выбор мелатонина обусловлен его биоритмологическим действием как гормона "сна и бодрствования", а применение малых доз магнитного излучения способствует синхронизирующему действию на сердечно-сосудистую систему. Обследовано 138 участников аварийно-спасательных формирований, участвующих в ликвидации наводнения в г. Ленске. Все лица мужского пола, средний возраст $39 \pm 2,1$ года. На предварительном этапе выявлены нарушения сна в виде трудности засыпания и продолжительности сна в связи с пребыванием в зоне проведения спасательных работ, которые подтверждены анкетным методом и экспресс-анализом ЭЭГ. Мелатонин назначали в дозе 6 мг два раза в сутки, применение которого у лиц опасных профессий дополняли 7-дневным курсом малых доз магнитного излучения с помощью аппарата "Viofor", по предложенной нами методике. После окончания реабилитационного курса отмечено восстановление сна в 88,7% случаев, что подтверждалось данными анкетного метода и восстановлением показателей альфа-ритма ЭЭГ.

Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости коррекции нарушений сна у лиц опасных профессий для повышения их профессиональной надежности. Одним из вариантов программы медицинской реабилитации этих контингентов с нарушением сна может быть рекомендовано применение мелатонина и малых доз магнитного излучения.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА

Попов С.Н., Шапиро Д.М., Кудин Н. О., Аззам Мухамед

РГУФК, кафедра ЛФК, массажа и реабилитации

Сложившая в настоящее время система помощи при травмах спинного мозга в остром и раннем периоде включает неотложную нейроортопедию с последующей нейрореабилитацией. Это позволяет в значительном большинстве случаев снизить летальность и создает предпосылки для успешного восстановительного лечения контингента инвалидов, способствует увеличению общей продолжительности их жизни до 20 и более лет (А.В. Басков, 2002). Вместе с тем, последующий важный и продолжительный этап реабилитации

позднего периода травматической болезни спинного мозга, призванный решать задачи дальнейшего восстановления, профилактики осложнений и психосоциальной адаптации в новых условиях жизнедеятельности инвалида в большинстве случаев остается нереализованным или малоэффективным. Причиной этому является не столько организационно-методические и экономические сложности, сколько пассивность самих инвалидов.

Опыт собственных наблюдений и данные литературы свидетельствуют о том, что уже через год после травмы наступает стабилизация неврологической симптоматики. К этому времени больной овладевает навыками самообслуживания передвижения в коляске. Это приводит к снижению мотиваций на дальнейшее развитие двигательной активности, утрате интереса к систематическим и напряженным занятиям ЛФК. Больные ограничиваются достигнутым уровнем восстановления, само изолируются и замыкаются на собственном состоянии, вывести из которого традиционными психотерапевтическими средствами бывает крайне затруднительно.

В связи с изложенным выше, научный и методический интерес представляет опыт по психосоциальной адаптации инвалидов с последствиями спинальной травмы через деятельность неформальных объединений одного из авторов сообщения, Кудина Н.О., являющимся инвалидом-колясочником. Руководимая им и наблюдаемая нами группа инвалидов при поддержке Комитета социальной защиты г. Москвы в течении последних лет проводит регулярные семинары, встречи и кратковременные тренировочные сборы на базе специализированных санаториев для больных после спинальных травм, впервые признанных инвалидами. Цель такой деятельности — повышение волевых качеств инвалида, демонстрация собственного опыта восстановления, обучение езде на колясках "активного" типа, расширяющих возможности независимого передвижения и социальной адаптации.

Практика показала высокую эффективность подобных подходов к задачам психосоциальной адаптации инвалидов в позднем периоде ТБСМ и требует их дальнейшей научной разработки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Шахмаметова С.Р.

Республика Башкортостан, г. Уфа, Городской кожно-венерологический диспансер

Лечение склеродермии, по-прежнему, является весьма серьезной задачей для дерматологов, и, в связи с этим, изыскание новых терапевтических методов является весьма актуальной проблемой.

Лазеротерапия за последние десятилетия смогла занять достойное место в арсенале терапевтических средств при ряде дерматозов и, в том числе, склеродермии.

Мы проводили лечение 26 больным очаговой склеродермией гелий-неоновым лазером в Уфимском городском кожно-венерологическом диспансере. Среди них было женщин — 19 (73%), мужчин — 7 (27%). Возраст больных составлял от 8 до 56 лет. Среди больных было 5 детей. Количество очагов от 1 до 4: в стадии отека у 6 больных, у остальных 20 — в стадии уплотнения.

Мы использовали такие эффекты НИЛИ как противовоспалительный, нормализующий микроциркуляцию и трофику в тканях и местное иммуномодулирующее действие.

В стадии плотного отека НИЛИ оказывало противоотечное действие (уменьшение интерстициального отека и напряжения тканей), противовоспалительное действие (уменьшение длительности фаз воспаления).

При стадии индурации мы использовали такие свойства НИЛИ как повышение скорости кровотока, образование новых сосудистых коллатералей, увеличение поглощения тканями кислорода, активация транспорта веществ через сосудистую стенку, увеличение образования макроэргов (АТФ), увеличение митотической активности клеток.

Методика: на единичные очаги склеродермии мы воздействовали гелий-неоновым лазером ($\lambda = 0,632$ нм, мощность 5мВт/см², аппарат LA-II).

Длительность воздействия на очаг 5-8 минут, в зависимости от величины очага поражения. На курс — 10 ежедневных процедур.

Наряду с лазеротерапией назначалось базисное медикаментозное лечение (антибиотики, лидаза, вазодилататоры, витамины и дезагреганты).

Значительное улучшение наблюдалось у 7, улучшение — у 19 больных. В процессе лечения мы наблюдали прекращение прогрессирования заболевания, уменьшение уплотнения в очаге.

Лечение больные переносили хорошо, побочных явлений не было.

На основании проведенных наблюдений следует отметить, что лазеротерапия может быть применена в комплексном лечении больных очаговой склеродермией.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ЛАМПЫ "БИОНИК" ("БИОПТРОН") ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Шахмаметова С. Р.

г. Уфа, Республика Башкортостан, Городской кожно-венерологический диспансер

Изучение структуры заболеваемости дерматозами показывает, что за последние годы отмечается рост числа больных тяжелыми хроническими дерматозами.

Развитие воспалительного процесса в коже происходит на фоне нарушений микроциркуляции, гемостаза, местной системы иммунитета.

В течение трех последних лет мы применяли лампу "Биоптрон" в физиотерапевтическом отделении ГКВД. Всего было пролечено 657 больных в возрасте от 4 до 75 лет.

По годам: в 2000 г. — 165 больных

в 2001 г. — 201 больной

в 2002 г. — 291 больных.

Свет лампы направлялся под прямым углом к обрабатываемой части тела. Кожа заранее должна быть очищена и обезжирена от паст и мазей. Оптимальное расстояние между прибором и поверхностью тела 5-6 см. Количество сеансов составило от 5-6 до 8-10.

Облучение лампой проводилось ежедневно, 1, иногда 2 раза в день по 4-8 минут.

Все больные, разделены на 5 групп:

1. Больные с аллергодерматозами.
2. Больные с эрозивно-язвенными поражениями кожи.
3. Псориаз ладонно-подошвенный с наличием трещин.
4. Поверхностные гнойничковые заболевания (стрептодермия).
5. Прочие (алопеция очаговая, красный плоский лишай — ограниченный процесс).

Лечение лампой "Бионик" проводилось на фоне адекватной медикаментозной и мазевой терапии.

Для лечения пациентов с распространенными кожными высыпаниями лампой "Бионик" мы воздействовали на сегментарно-рефлекторные зоны. Таких больных пролечено 48, также отмечалась положительная динамика.

В результате проведенной терапии лампой "Бионик" мы получили следующие результаты: значительное улучшение — 48,8%; улучшение — 46,5%; без динамики — 4,7%.

Таким образом, лампа "Биоптрон", обладая противовоспалительным и репаративным действием, способствует уменьшению зуда, болевых ощущений в очагах поражения и может быть использована в комплексном лечении больных с различными дерматозами.

ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТРЕНИРОВАННОСТИ НА АДАПТИВНЫЕ РЕАКЦИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Шахматов И.И., Нечаев Г.Г., Лукашина Т.В., Шахматова Н.Н.

Российская Федерация, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет; Алтайский краевой врачебно-физкультурный диспансер

Физическая нагрузка является одним из наиболее часто влияющих на организм стресс-факторов. Многообразие вариантов физического воздействия требует глубокого изучения особенностей влияния стресса на физиологические системы организма, в частности, на систему гемостаза.

Целью настоящей работы явилось исследование влияния острого физического стресса на параметры плазменного и клеточного гемостаза, показатели периферической крови, а также стресс-опосредованные гормональные сдвиги в организме человека при разной степени адаптации к физическим нагрузкам.

Исследования проводились на студентах-добровольцах, не занимающихся спортом (1-я группа) и спортсменах-разрядниках (2-я группа). Острый физический стресс моделировался воздействием однократной непрерывной ступенчатовозрастающей нагрузки на велоэргометре.

В качестве параметров, подтверждающих развитие острого стресса, оценивалось состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы, показателей периферической крови, уровень базальной стрессоустойчивости и стресс-реализующих гормонов.

Через 15 минут после окончания нагрузки осуществлялся забор крови и проводилась комплексная оценка гемостаза.

В результате исследований установлено, что однократная физическая нагрузка являлась для 1-ой группы обследуемых достаточно выраженным стрессирующим фактором. Это проявлялось со стороны крови увеличением уровня лейкоцитов и тромбоцитов, ростом агрегационной способности тромбоцитов, существенной активацией контактной фазы гемокоагуляции (по данным силиконового и каолинового времени свертывания), а также укорочением эхитоксового времени. Антикоагулянтная активность крови характеризовалась снижением активности протеина С. Значительно возростала фибринолитическая активность крови (по данным эуглобулинового и ХШа-зависимого лизиса).

Подобное воздействие на спортсменов также сопровождалось изменениями параметров системы гемостаза. Однако, в отличие от сдвигов, обнаруженных у лиц, составивших 1-ю группу, это проявлялось в менее выраженной активации контактной фазы гемокоагуляции, росте антикоагулянтной и фибринолитической активности.

Выявленные факты позволяют сделать вывод о том, что система гемостаза отчетливо реагирует разнонаправленными изменениями своего состояния в зависимости от тренированности организма, что может быть расценено как проявления дистресса (1-я группа) и эустресса (2-я группа обследуемых).

ИМПУЛЬСНАЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИМИ НЕЙРОПАТИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Широков В.А., Курочкина Е.В., Захаров Я.Ю.

Россия, г. Екатеринбург, Медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих

Высокая распространенность компрессионно-ишемических нейропатии (КИН) среди спортсменов связана с хронической микротравматизацией периферических нервных стволов в физиологических туннелях вследствие повышенной интенсивности и длительности тренировочных занятий. Отсутствие адекватной программы лечения с учетом особенностей клинического течения, а также неоднозначность результатов оперативного лечения обуславливает актуальность проблемы поиска и разработки новых методик консервативного лечения.

Обследовано 45 больных, страдающих наиболее часто встречающимися КИН: кубитальный синдром и синдром запястного канала. Для объективной оценки состояния пациентов и контроля за эффективностью лечения использовалось клиничко-нейрофизиологическое исследование, которое включало: 5-бальную оценку выраженности болевого синдрома, общую суммарную оценку неврологического дефицита, электронейромиографию, коагулограмму, реовазографию III — IV пальцев кистей, кожную термометрию, вибрационную чувствительность).

Применялся метод комплексного воздействия пелоидов в сочетании с импульсным сложномодулированным флюктуирующим током и магнитной стимуляцией. При выборе данной методики мы руководствовались способностью флюктуирующих токов и магнитного поля положительно влиять на микроциркуляцию, венозный отток, реологические показатели крови, на регенеративный рост нервных волокон, степень их миелинизации и дифференцировки, увеличивать количество активно функционирующих двигательных единиц. Технические возможности используемого аппарата "Адап-

тон-Эмит" позволяют проводить электромагнитную диагностику и лечение при автоматической коррекции биотропных параметров. Электронейростимуляция осуществлялась в течение 10-15 мин. через 30-40 минут после грязелечения на рефлекторную зону и пораженную конечность. В большинстве случаев с 3-4 процедуры отмечалось уменьшение выраженности дизестезии и болевого синдрома, с 7-8 процедуры происходило нарастание силы пораженных мышц. После купирования болевого синдрома подключалась амплитудная модуляция с целью более выраженного стимулирующего эффекта. На курс назначалось 8-12 процедур в зависимости от степени поражения нерва.

Таким образом, отмечен положительный эффект применения импульсной сложномодулированной электромагнитной стимуляции в сочетании с пелоидотерапией в лечении больных с туннельными нейропатиями.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ

Шихотинов В.В., Дробышев В.А., Иванчиков Е.А.

г. Новосибирск, государственная медицинская академия, областной центр социальной помощи семье и детям

Цель работы — исследование возможности потенцирования лечебного действия вазоактивных средств с помощью низкоинтенсивной магнитотерапии и КВЧ-терапии у больных с синдромом вертебральной артерии (СВА) на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Обследовано 75 больных, среди которых 58 человек — мужчины и 17 — женщины, средний возраст пациентов составил $35,4 \pm 3,2$ года. Методом случайной выборки все пациенты были разделены на две группы: в 1-й (основной), куда вошли 38 человек помимо сосудистой терапии последовательно проводились магнитотерапия на шейный отдел позвоночника от аппарата "Магнитер" (переменное магнитное поле, мощностью 17,5 мТл по 20 минут) и КВЧ-пунктура 3-4 биологически активных точек, используемых для улучшения сосудистого кровотока от аппарата "Стелла-1БФ" (режим шумового спектра, мощность 0,01 мВт / см², 5 минут на точку). Курс лечения включал 10-12 ежедневных процедур. Во второй группе (сравнения) из 37 человек на фоне медикаментозного лечения проводилась имитация физиотерапевтического воздействия.

Эффективность лечения оценивали по данным реоэнцефалогарфии (РЭГ) ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) позвоночных артерий и состоянию микроциркуляторного русла (МЦР), исследованному методом лазерной доплеровской флуометрии (ЛДФ) на отечественном аппарате ЛАКК-1 в покое и при проведении функциональных проб.

Исходно при УЗДГ и РЭГ у всех больных выявлялись признаки недросточности мозгового кровообращения по позвоночным артериям, асимметрия линейных скоростей кровотока в них, нарушение венозного оттока. По данным ЛДФ имело место снижение миогенного и нейрогенного тонуса артериол. К концу лечения по результатам РЭГ и УЗДГ наблюдалось улучшение скоростных показателей кровотока в 1-й группе — в 40,5% случаев, в группе сравнения — в 18,8%; асимметрия кровотока имела положительную динамику у 87,0% лиц в 1-й группе и лишь у 47,4% — во второй. Со стороны МЦР в 1-й группе отмечено достоверное увеличение показателя микроциркуляции, возрос резерв капиллярного кровотока, наблюдалось изменение типа кровенаполнения от "ареактивного" к "нормореактивному". В группе сравнения на фоне только медикаментозного лечения изменения носили менее значимый характер.

С учетом того, что многие клинические проявления СВА связаны с нарушением периферической гемодинамики целесообразно внедрение предложенных методик в практику неврологических и ангиологических клиник.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Шкробко А.Н., Никитина И.Е.

Ярославская государственная медицинская академия

Физическая нагрузка чрезвычайно действенный и в то же время достаточно опасный метод терапии инсулинозависимого сахарного диабета.

Нами была предложена программа физической реабилитации больных сахарным диабетом 1 типа в стационаре, которая включала занятия лечебной гимнастикой и тренировки на велоэргометре.

В процедуре лечебной гимнастики применяли следующие упражнения: дыхательные упражнения статического и динамического характера, общеразвивающие гимнастические упражнения, упражнения на расслабление мышц верхних конечностей и плечевого пояса, упражнения с дозированным усилием динамического характера, элементы йоги.

Тренировки на велоэргометре представляли непрерывную нагрузку мощностью 0,5 Вт/кг с постепенным увеличением времени педалирования к концу курса ЛФК.

Программа физической реабилитации была составлена с учетом среднего возраста больных, массы тела, желания пациентов активно участвовать в процессе лечения.

Проведение в условиях стационара больным сахарным диабетом 1 типа комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий значительно повышает эффективность лечения, о чем свидетельствует выраженная нормализация показателей центральной гемодинамики, общей физической работоспособности и уровня глюкозы в крови.

АСТМА-ШКОЛА. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Шпитальная В.П., Кобзев Ю.А., Архангельская И.А., Колесова О.Г.,
Фурман Г. Л.**

*Россия, г. Саратов, Саратовский государственный медицинский университет,
кафедра лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии*

Существующие на сегодняшний день "Астма-школы" достаточно хорошо себя зарекомендовали в профилактике и лечении больных бронхиальной астмой. Однако наш опыт показывает, что имеющихся в общепринятой программе "Астма-школы" (ред. А.Г. Чучалин) 2-х уроков, посвященных вопросам лечебной физкультуры, недостаточно для получения пациентами прочных навыков домашних занятий.

В связи с этим нами предложена образовательная программа физических методов реабилитации детей с частыми и хроническими заболеваниями бронхолегочной системы.

Методические принципы организации "Школы":

1. Курс состоит из 10 занятий, 2 раза в неделю, по 1,5 часа. Набор групп проводится по предварительной записи, не более 10-12 детей школьного возраста, закрытый коллектив.

2. Занятия ведут врач-реабилитолог и методист (массажист) ЛФК. Образовательная программа рассчитана на параллельное обучение родителей и детей теоретическим и практическим разделам. Врач консультирует, читает лекции, контролирует методику обучения. Методист обучает физическим упражнениям и массажу. Каждое последующее занятие начинается с проверки овладения навыками предыдущего.

3. Врачебные консультации проводятся до начала курса, сразу после него и через 1,5-2 месяца самостоятельных домашних занятий. Консультации включают:

- знакомство с пациентом и особенностями его заболевания, оценку физического
- развития, физической работоспособности, степени развития двигательных навыков,
- функционального статуса с акцентом на состояние кардиореспираторной системы с помощью функциональных проб, электрокардио-, спирографии, вентилометрии и проч.

4. Теоретический раздел "Школы" представлен микролекциями по темам: различные методики лечебной гимнастики (респираторная, экспираторная, релаксационная, дренажная), постуральный дренаж и лечебные позы, флаттер-терапия, дыхательные тренажеры; ручной, аппаратный массаж и самомассаж лица и грудной клетки; занятия физкультурой; закаливание; физиотерапия в домашних условиях (ванны по Гауффе, озокеритовые аппликации, ингаляции, аэроионотерапия, использование портативных физиотерапевтических аппаратов); сочетание и оптимальная последовательность различных процедур; профилактика и лечение постнагрузочного бронхоспазма; самоконтроль (дневник самоконтроля, пикфлоуметрия, простейшие функциональные пробы).

5. Эффективность работы оценивается по качеству овладения родителями и детьми практическими навыками и положительной динамике в состоянии здоровья пациентов.

Предлагаемая образовательная программа может быть использована как самостоятельно, так и в виде продолжения общепринятой.

О СОСТОЯНИИ ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНОЙ СЛУЖБЫ ПЕРМСКОЙ ОБЛАСТИ

Щепина Г.М., Коннова О.Л.

Россия, г. Пермь, областной врачебно-физкультурный диспансер

Врачебно-физкультурная служба Пермской области развивается по двум основным направлениям: медицинское обеспечение спортсменов и комплексная реабилитация больных, направленных из ЛПУ города и области.

В г. Перми и Пермской области 235 000 человек занимаются физкультурой и спортом. Культивируется 60 видов спорта в 55 детско-юношеских спортивных школах, 24 детско-юношеских клубах физической подготовки, действуют 12 профессиональных команд.

В связи с реорганизацией в системе здравоохранения за последние 10 лет количество врачебно-физкультурных диспансеров уменьшилось на 50%. В городах Краснокамске, Чайковском, Кунгуре эти учреждения преобразованы в отделения восстановительного лечения, в г. Березники — в центр ЛФК и спортивной медицины. В городах Перми, Чусовом, Соликамске, Лысьве, Кизеле работают врачебно-физкультурные диспансеры.

Кабинетов врачебного контроля — 19. Из 42 территорий Пермской области служба врачебного контроля системы здравоохранения имеется лишь на 8 территориях.

За последние 10 лет количество кабинетов ЛФК увеличилось до 195 (на 14,7%), однако в 9 районах области их до сих пор нет. Число врачей ЛФК на 10000 населения составляет в среднем 0,5 должности, причем самый высокий показатель (0,6-0,7 должности) отмечен в промышленных центрах. Высшую и первую квалификационные категории имеет треть врачей.

Включение в комплексную реабилитацию больных различного профиля лечебной физкультуры наиболее распространено в городах Губахе, Кунгуре, Лысьве, а также Березовском, Октябрьском и Уинском районах. Самые низкие показатели охвата ЛФК в Александровске, Кизеле, а также в Осинском, Ильинском, Очерском и Пермском районах.

За последний год на 8% увеличилось число массажных кабинетов.

Подготовка кадров осуществляется на соответствующих кафедрах Пермской государственной медицинской академии, областного медицинского училища и на базе областного врачебно-физкультурного диспансера.

Таким образом, состояние врачебно-физкультурной службы Пермской области, несмотря на реорганизацию, остается на достаточном уровне. Однако, с нашей точки зрения, существует необходимость и возможность использования многоуровневого подхода в вопросах медицинского обеспечения спортсменов.

КОМПЛЕКСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В АСТМА-ШКОЛЕ И ЗАНЯТИЙ ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ

Щербань Н.А.

г. Благовещенск, Амурская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной терапии

Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных заболеваний человека. В последнее десятилетие активно разрабатываются но-

вые подходы к лечению больных с этой патологией. Неотъемлемой частью комплексной программы лечения бронхиальной астмы является обучение больных. Недостаточные знания больных об основных этиологических факторах, лежащих в основе развития обострений бронхиальной астмы, а также современных методах лечения, приводят к недооценке ими значимости проводимой терапии. В соответствии с рекомендациями Международного Консенсуса с целью обучения больных бронхиальной астмой в 1996 году была организована "астма-школа" на базе областной больницы г. Благовещенска. За период работы астма-школы было обучено 1300 больных бронхиальной астмой. Одной из тем для занятий в астма-школе является "Дыхательная гимнастика и физкультура для больных бронхиальной астмой". На этом занятии обосновывается необходимость проведения дыхательной гимнастики, доступно разъясняются механизмы действия различных видов упражнений, проводится обучение навыкам диафрагмального дыхания, специальным динамическим упражнениям, направленным на улучшение дренажной функции бронхов, уделяется внимание циклическим видам физкультуры. Занятие проводится в форме беседы, во время которой больные могут задавать вопросы, не дожидаясь окончания занятия. В 2002 году в пульмонологическом отделении находилось на лечении 576 пациентов с бронхиальной астмой. За это время в астма-школе было обучено 294 больных. В течение года в физиотерапевтическом отделении больным бронхиальной астмой было выполнено 203 процедуры, 146 из них приходится на пациентов, прошедших обучение в астма-школе. Занятия лечебной физкультурой проводятся по методике Кокосова А. Н., Стрельцовой Э.В. В течение последних 2-х лет используется сочетание комплекса физических упражнений с применением вибрационного массажа грудной клетки. Физиологические свойства вибрационного массажа улучшают реологические свойства мокроты, а специальные дренажные положения облегчают её эвакуацию. Количество посещений для каждого больного определяется индивидуально, в соответствии со степенью тяжести и динамикой купирования симптомов заболевания. У больных бронхиальной астмой после посещения цикла занятий по лечебной физкультуре отмечается уменьшение бронхиальной обструкции, улучшается эвакуация мокроты, повышаются адаптационные возможности организма.

САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Эльгарова Р.М., Эльгаров А.А.

*Кабардино-Балкарская Республика, г.Нальчик, государственный университет
им.Х.М.Бербекова*

Изучена эффективность лечения на курорте Нальчик 67 мужчин-водителей автотранспорта (ВА) с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) в стадии ремиссии через 3-6 месяцев после комплексной стационарно-амбулаторной терапии в связи с обострением. Возраст обследованных 42,5 7,1 года; впервые выявленная ЯБДК оказалась у 22 (33,4%), давность заболевания у остальных составила 12,4 2,6 года. С учетом примененного бальнеогрязевого комплекса пациенты распределены на две группы: 1-я (35 чел.) — бромйодные минеральные ванны, Т 36-37 градусов, 12-15 мин., ч/д, N8-10 на курс в сочетании с грязевыми аппликациями на область эпигастрия, Т 38-40 градусов, 10-15 мин., ч/д, N8-9 на курс; 2-я (32) — азотно-термальные минеральные ванны, Т 36-37 градусов, 12-15 мин., ч/д, N8-9 на курс в сочетании с грязевыми аппликациями на

область эпигастрия, Т 38-40 градусов, 10-15 мин., ч/д, N8-9 на курс. Общими факторами для обеих групп были лечебное питание, щадяще-тренирующий и (или) тренирующий режимы, ЛФК. Для оценки результата лечения наряду с общеклиническим и эндоскопическим обследованием осуществлены психологическое и психофизиологическое тестирование (ПФТ), а также сравнительный анализ частоты обращений, случаев и дней нетрудоспособности в течение года до и после санаторного лечения. На основании положительной динамики общего самочувствия, показателей эндоскопического и психологического исследования значительное улучшение и улучшение зарегистрировано у 85,7% ВА 1-й и 87,5% 2-й группы. У большинства (58) ВА после бальнеогрязелечения в 1,5-2 раза сократилось число обращений, частота и длительность временной утраты трудоспособности. При этом, профессионально значимые функции и качества (ПФЗиК) — скорость моторной и латентной реакции, число ошибок, время реакции за движущимся объектом по данным ПФТ, ухудшились достоверно у ВА 1-й и незначительно — у ВА 2-й группы, что указывало на снижение системы оперативного реагирования и, следовательно, профессиональной надежности. Таким образом, применение природных и преформированных факторов курорта Нальчик у ВА с ЯБДК эффективно и поэтому санаторное лечение должно быть обязательным этапом восстановительного лечения. С учетом угнетения ПФЗиК ВА после бальнеопелоидотерапии решение вопроса о допуске к управлению автотранспортом должно основываться на результатах ПФТ.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ

Эльгарова Л.В., Кешоков Р.Х., Чочаева М.Ж., Эльгаров А.А., Гятова О.Б.

Кабардино-Балкарская Республика, г.Нальчик, государственный госуниверситет им. Х.М.Бербекова

В рамках национальной программы "Мониторирование состояния здоровья школьников и факторов его определяющих" нами осуществлены эпидемиологические исследования 6012 учащихся городских и сельских школ

7-17 лет для изучения частоты предвестников хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и разработки профилактических мероприятий. Низкая физическая активность (НФА) определялась в том случае, если школьник посещал только уроки физкультуры или был освобожден. В целом НФА наблюдалась в 68% случаев, значительно чаще у девочек (Д) — 79,2%, чем у мальчиков (М) — 55,4%. Половые различия в частоте НФА нарастали с возрастом: в группе 7-9-летних — 74,8% среди М и 88,7% среди Д, в группе 10-14-летних — 52,7 и 76,5%, в группе 15-17-летних — 40,9 и 77,4% соответственно. Показательна связь числа случаев ХНИЗ и НФА. Заболевания органов дыхания у детей с НФА встречались в 3 раза, органов кровообращения — в 2,3 раза, органов пищеварения и мочевого выделения — в 2,2 раза чаще, чем у детей с достаточной физической активностью. Избыточная масса тела наблюдалась в 1,5 раза чаще среди детей с НФА (3,4% против 1,4%). Сравнение частоты НФА у городских (59,8-72,2%) и сельских (64,9-73,6%) школьников, а также детей, проживающих в равнинном (71,0-74,0%) и горном районах (52,1-55,3%) выявило более высокую физическую активность у горожан и школьников, живущих в горном регионе. Результаты исследования явились основанием для разработки рекомендаций по повышению физической активности школьников с учетом состояния здоровья, поло-возрастных особенностей и места жительства, которые являются частью реализуемой программы "Формирование рационального образа жизни и профилактика ХНИЗ среди детей и подростков".

ДИНАМИКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Яковлева И.Ю., Дробышев В.А., Иванилов Е.А., Синицкий А.А.

г. Новосибирск, государственная медицинская академия, МУЗ ГКБ № 12

Цель работы: изучение влияния магнито-лазерной терапии (МЛТ) на психофизиологические и вегетативные показатели у больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей.

Обследовано 59 больных облитерирующим атеросклерозом с ишемией нижних конечностей I-IIА ст. (по Фонтену в модификации А.В.Покровского). Все больные — мужчины, в возрасте 40-59 лет, давность заболевания — 3-10 лет. Основными жалобами были быстрая утомляемость ног, боли в икроножных мышцах, эмоциональная лабильность.

Методом случайной выборки пациентов разделили на 2 группы: в 1-ой (основной) проводилось лечение вазоактивными препаратами в сочетании с физиотерапией от аппарата магнито-лазерного и светодиодного (красного и инфракрасного) излучения "РИКТА-01", во 2-ой (сравнения) — только медикаментозная терапия с имитацией магнито-лазерного воздействия. Импульсная мощность лазерного излучателя — 8 Вт, светодиодного — 10 мВт, при частоте следования импульсов 1000 Гц, индукция магнитного поля — 50 мТл. Выполнялось надвенное облучение крови (паховые и подколенные складки), а также облучение 4-5 точек по ходу сосудистого пучка по 5 минут на зону. Терапевтический курс состоял из 12-15 сеансов, проводимых ежедневно.

Эффективность лечения оценивалась по данным интервалокардиографии, психофизиологический статус — по общепринятым тестам (теппинг-тесту, критической частоте слияния мельканий, сенсомоторной координации). Исходно в обеих группах у 64% осмотренных был выявлен симпатикотонический тип вегетативной регуляции, у 23% — нормотонический и 17% — ваготонический. При этом удовлетворительный уровень адаптации, рассчитанный по данным индекса напряжения, имел место у 23% обследованных, напряжение адаптационных механизмов — у 33%, неудовлетворительная адаптация — у 41%. При оценке силы нервной системы слабость ее выявлялась у 65,5%, тогда как средний тип — у 35,5%; неудовлетворительное качество сенсомоторной координации было зафиксировано среди 26,6% осмотренных, низкий уровень — у 41,2%.

После курсового лечения в 1-й группе наблюдалось достоверное уменьшение числа лиц с симпатикотонией (42%), удовлетворительная адаптация имела место у 43% осмотренных за счет снижения числа лиц с неудовлетворительным состоянием приспособительных механизмов (20%). Со стороны психофизиологических показателей увеличилось число лиц со средним типом силы нервной системы (47,8%), уменьшилось — с неудовлетворительным качеством сенсомоторной координации (27%). Во 2-й группе изменения были менее значимы. Представленные данные позволяют рекомендовать применение магнито-лазерной терапии в комплексном лечении больных с различными формами хронической артериальной недостаточности.

РЕГУЛЯЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МЕТОДАМИ ФИЗИОТЕРАПИИ

Яковлева Л.М., Кирьянова В.В., Батурина Л.А.

г. Санкт-Петербург, Медицинская академия постдипломного образования, Военно-медицинская академия

Нами было проведено обследование 108 пациентов в возрасте от 30 до 53 лет, проходивших лечение в условиях стационара с диагнозом гипертоническая болезнь I-II стадии. Все больные были разделены на группы в соответствии с использованным лечением: в контрольной группе применялась медикаментозная гипотензивная терапия, а в основных кроме базисной терапии дополнительно были включены физиотерапевтические факторы. Среди методик было битемпоральное воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (УВЧ) и воздействие на область средостеня магнитным полем УВЧ; в обоих случаях применялись малые дозы физических факторов коротким курсом. Основные группы различались в зависимости от вида воздействия (монотерапия одним из факторов или комбинированное лечение). Группы были рандомизированы.

Состояние вегетативной нервной системы (ВНС) оценивалось на центральном и периферическом уровне, в покое и при нагрузке на основании вопросников, математических подсчетов объективных данных и нагрузочных проб. Исходные результаты были сходными во всех группах и выявили в покое на периферическом уровне равное количество пациентов с различными типами ВНС (симпатическим, парасимпатическим или смешанным) и преобладание парасимпатической активности ВНС на центральном уровне и на периферическом уровне при нагрузке. То есть имелась патологическая реакция на раздражи-

тель. Кроме того, была отмечена хаотичность данных, полученных при различных методах исследования как при сравнении результатов в покое и при нагрузке, так и при оценке центрального и периферического звеньев.

В результате проведенного лечения в основных группах была выявлена статистически достоверная тенденция к нормализации показателей. В покое при исследовании центрального и периферического звеньев регуляции функции ВНС в равной степени были представлены случаи симпатикотонии и эйтонии при снижении роли парасимпатической нервной системы. При нагрузке это положение смещалось в сторону симпатической активации при уменьшении других типов ВНС. Таким образом, был отмечен переход на более энергетически выгодные типы ВНС в покое, гармонизация центрального и периферического звеньев регуляции, адекватность реагирования организма на раздражитель при нагрузочных пробах. В контрольной группе подобные результаты не наблюдались и данные соответствовали таковым при исходном обследовании.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Яшков А.В., Котельников Г.П., Коновалов Д.А., Казаков И.С., Скороваров А.Р.

Россия, г. Самара, Государственный медицинский университет, Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии

Высокий удельный вес посттравматических осложнений (до 30%), связанный с нарушением репаративного остеогенеза, требует разработки новых эффективных методов лечения.

Результаты наших экспериментальных исследований на 144 крысах, у которых моделировали перелом костей голени, показали, что воздействие повышенной гравитацией кранио-каудального направления способствует активному росту костной ткани в формирующемся регенерате. Анализ данных морфометрии, гистоавтордиографии, биохимических и рентгенологических исследований позволил установить оптимизирующие остеорепарацию режимы.

Опираясь на экспериментальные данные, мы впервые в ортопедо-травматологической практике для нормализации репаративного остеогенеза включили в лечебный комплекс у 108 больных с замедленной консолидацией, несращенным переломом, ложным суставом повышенную гравитацию (патент на изобре-

тение № 2074689). У 129 больных (контрольная группа) использовали традиционные средства. Предложенный способ предусматривал одновременное воздействие гравитационных сил и дозированной работы мышц нижних конечностей. Для моделирования гипертонии применяли специальный стенд для лечения ишемических состояний конечностей. Эффективность лечения оценивали с помощью современных диагностических методов обследования (реовазография, термография, ультразвуковая доплерография, сцинтиграфия, рентгенография, электромиография). Включение гравитационной терапии в лечебный комплекс позволило значительно улучшить количество хороших результатов по сравнению с традиционным лечением и уменьшить число неудовлетворительных исходов у этих больных в 2,5 раза.

ГРАВИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Яшков А.В., Кривошеков Е.П., Колнязова А.К.

Россия, г. Самара, Государственный медицинский университет, Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии

Проблема лечения хронического остеомиелита нижних конечностей остается актуальной до сегодняшнего дня. В настоящее время — 35-40% больных хирургического профиля составляют пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями.

Целью исследования явилось изучение эффективности гравитационной теории в комплексном лечении хронического остеомиелита нижних конечностей. Под наблюдением было 25 пациентов с хроническим остеомиелитом нижних конечностей в возрасте от 21 до 45 лет, с длительностью заболевания от 6 месяцев до 3 лет. Очаг поражения локализовался в длинных трубчатых костях нижних конечностей. При объективном осмотре обнаруживали наличие свищей с гнойным или серозным отделяемым, отеки на пораженной конечности, ограниченные движения в суставах. Диагноз подтверждался рентгенологическим методом, компьютерной томографией, фистулографией, термографией. Лечение больных контрольной группы (15 человек) было комплексным и предусматривало перевязки с антисептиками, использование физиотерапевтических факторов: УВЧ-терапии, УФО, электрофореза с хлоргексидином, магнито-лазерного воздействия, а также механотерапии, ЛФК, массажа. В основной группе (10 человек) в этот комплекс дополнительно вводили новый физиотерапевти-

ческий фактор — гравитационную терапию. Гравитационную терапию проводили на специальном стенде искусственной силы тяжести, представляющим собой центрифугу с коротким радиусом действия. Положение пациента обеспечивало 100% градиент распределения нагрузки на тело больного, а действие центробежных сил вызывало перемещение крови к нижним конечностям, при этом значение перегрузки на уровне стоп достигало 2 ед. В процессе вращения пациент выполнял дозированную мышечную нагрузку. Курс лечения составлял 10-15 сеансов. В основной группе у всех больных отмечалось более раннее закрытие свищей. После 5-6 процедуры наблюдалось увеличение подвижности в суставах, исчезновение болей, улучшалась рентгенологическая картина в зоне поражения кости, термография отмечала уменьшение термоасимметрии. В контрольной группе положительные результаты наблюдались лишь у 4 больных к 14-15 дню лечения. В этой группе констатирована более поздняя нормализация показателей термографии и восстановление структуры костной ткани.

Таким образом, применение гравитационной терапии повышает эффективность восстановительного лечения больных с хроническим остеомиелитом нижних конечностей, что дает основание к более широкому ее применению.

ДОКЛАДЫ

ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОКИНЕЗОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ

**Нежкина Н.Н., Бобошко И.Е., Шелкопляс Е.В., Жданова Л.А.,
Ширстов А.М.**

Многопрофильная клиника Ивановской государственной медицинской академии

В основе психокинезотерапии лежит идея соединения различных форм лечебной физической культуры с разными вариантами психотерапии. Основная цель этого процесса: повышение эффективности движения за счет вовлечения в него тела, интеллекта и души человека, т.е. всей личности в целом.

Движение — естественная сфера интересов врача ЛФК, но не менее важна проблема движения для психотерапевта. Важна она по многим позициям.

1) Движение, совершаемое человеком важная часть наблюдаемого рисунка поведения, переживаемые им чувства, проблемы и даже самооценка. Известно, что человек со сниженной самооценкой или в состоянии депрессии скован в движениях, возникают мышечные зажимы в самых разных группах мышц, от мимических до скелетных, вплоть до состояния мышечного панциря, напротив, положительные эмоции приводят к состоянию спонтанности в движениях, пластичности, человек буквально "прыгает от радости". Необходимо отметить, что эмоциональное напряжение реализуется и в спазме гладкой мускулатуры сосудов, что является патогенетическим механизмом многих заболеваний.

2) На нейрохимическом уровне регуляции так же прослеживается, связь *движения мысли* и движения тела. Нейромедиатор ацетилхолин, обеспечивающий работу нервно-мышечного синапса, то есть движение тела наряду с дофаминовыми и другими медиаторами обеспечивает мыслительную деятельность мозга. Т.е. движение мысли и чувств, которое испытывает человек и те события, которые их порождают, (в психотерапии это называется мотивационной сферой), побуждающей человека к той или иной деятельности взаимосвязаны на нейрогуморальном уровне.

3) Проблема взаимоотношений и взаимовлияния движения мысли на движения тела и наоборот: помогает ли моторная активность тела мобилизовать ресурсы личности, выразить чувства, гармонизировать состояние всех основных функций, и может ли осознание личностных проблем "раскрепостить" тело.

4) Доказана возможность использования движения (специальные упражнения) для нормализации психического состояния пациента и наоборот — использование психотропных препаратов и методов вербального воздействия (психотерапии) нормализует тонус как гладкой, так и поперечно-полосатой мускулатуры.

5) Поведение человека — его "движение к жизни" определяется мотивами или движущими причинами поступков, которые доступны психологическому анализу (личностные и проективные тесты) и должны учитываться при выборе программы ПКТ.

В клинике Ивановской государственной медицинской академии в последние годы проводится работа по созданию технологий соединяющих возможности психо и кинезотерапии — комплексы психофизической тренировки (ПФТ).

В основе комплекса ПФТ лежит практическое занятие, которое состоит из 3-х этапов:

1. Циклические упражнения аэробного характера;
2. Мышечное напряжение с последующим расслаблением в форме определенных статических поз;
3. Полное мышечное и психическое расслабление в виде аутогенного погружения.

Во время аэробных занятий организму предъявляются требования, заставляющие его увеличить потребление кислорода, в результате чего происходит структурная перестройка в дыхательной, сердечно-сосудистой системах, в работающих мышцах. Кислородный долг при этом в отличие от анаэробных нагрузок почти не нарастает. Нагрузки аэробного характера используют в качестве энергетического субстрата жир и способствуют ликвидации излишней полноты, исправляя различные недостатки телосложения и тем самым, избавляясь от одной из причин для переживания неполноценности. Систематические аэробные тренировки оказывают положительное воздействие на нейродинамику. Так активация холинэргических механизмов регуляции приводит к увеличению в тканях АТФ и креатинфосфата, ускорению синтеза белка, увеличению содержания гликогена. Стимуляция адренэргических механизмов регуляции увеличивает диапазон адаптивных реакций организма, регулирует гомеокинез в условиях физического и эмоционального стресса, повышает иммунитет (Мотылянская Р.Е., 1990).

Кроме того, нагрузки аэробного характера хорошо восполняют дефицит двигательной активности, который, к сожалению, способствует развитию целого ряда болезней цивилизации столь характерного для нашего времени.

Такой широкий спектр благотворного действия аэробных нагрузок на органы, системы, психику пациентов позволил нам выбрать именно этот вид циклических физических упражнений.

Следующим этапом занятия является смена напряжения и расслабления мышц в виде определенных статических поз. Для статических упражнений типичным является фиксация тела в одном определенном положении (от нескольких секунд до нескольких минут). Это способствует усилению подвижности сочленений, увеличению гибкости и растяжимости связочного аппарата. При выполнении статических упражнений в определенных участках тела возникает пассивная гиперемия, происходит перераспределение кровообращения и создается целенаправленное усиление кровоснабжения и питание определенных внутренних органов и желез внутренне секреции.

Максимальное статическое напряжение небольшой группы мышц вызывает процесс возникновения отрицательной индукции в центральной нервной системе, что сопровождается торможением ряда вегетативных функций. После прекращения статического усилия, заторможенные физиологические процессы осуществляются на более высоком уровне (феномен Линдгарда). В основе статических упражнений лежит процесс растягивания, который помогает улучшить осанку, манеру двигаться, снижает утомление. Рекомендации, сопровождающие упражнения позволяют выработать привычку естественного и правильного дыхания.

Изометрические упражнения проводились на фоне музыкальной мелодии, которая помогает подготовить пациентов к освоению полного расслабления, которым заканчивается занятие.

Достижение состояния психической и физической релаксации осуществлялось путем овладения техникой аутогенного погружения по классическим схемам. Погружаясь в состояние расслабления в ходе суггестивного сеанса, включающего ключевые формулы на формирование желаемого уровня здоровья, настроения и самочувствия, пациенты достигают состояния внутриличностной и межличностной гармонии; получают заряд положительных эмоциональных переживаний. В ходе сеанса используются разнообразные седативные мелодии, экологическая и функциональная музыка. Релаксационный сеанс приводит к снятию эмоционального и мышечного напряжения, дает возможность осуществить элементы программирования адаптации пациента в будущем на уровне психофизической гармонии.

Эффективность психофизической тренировки несомненна и заключается в том, что у подростков: улучшается общее самочувствие, нормализуется вегетативный статус, за счет тренировки обоих отделов вегетативной нервной системы, повышается качество регулирования системы кровообращения при физической работе, гармонизируется уровень самооценки, снижается уровень реактивной и внутренней тревожности, повышается умственная работоспособность.

К сожалению, среди пациентов существует мнение, что ЛФК — это курсовое лечение, с кратностью 2-3 раза в год, которое должно проводиться только в ус-

ловиях лечебной сети под контролем специалистов. Но движение (как лечебное, так и оздоровительное) должно войти в привычный ритм жизни человека и стать компонентом его общей культуры.

Поэтому в условиях стационара важно не только подобрать адекватный двигательный режим и наполнить его соответствующим содержанием, но и сформировать устойчивую мотивацию к последующим самостоятельным занятиям. Одним из важнейших путей формирования мотивации является создание положительного эмоционального настроя и ощущения успешности в предложенном виде деятельности. Поэтому специалист в области ЛФК должен владеть не только лечебными, но и педагогическими технологиями, которые помогут ему раскрыть для пациента всю красоту и значимость мира движения.

Основные направления педагогического сопровождения занятий ЛФК в нашей клинике включают следующие компоненты:

1. Блок теоретических занятий для пациентов, на которых они знакомятся с механизмом действия и методикой ЛФК при различных заболеваниях. Ибо если человек понимает зачем он выполняет то или иное упражнение эффект от него увеличивается в несколько раз.

2. Систему практических занятий, построенных на принципах индивидуализации нагрузки, повторяемости, постепенности и наглядности.

3. Критерии эффективности проводимых занятий как для врача, так и для пациента. При этом приобретаемые знания по самоконтролю носят практическую направленность и могут использоваться в ходе самостоятельных занятий.

4. Компонент педагогического обеспечения — система дополнительных домашних заданий, которые при самостоятельном выполнении в палате позволяют закрепить результаты, полученные в зале ЛФК.

5. Методический набор, который может быть предложен пациенту после окончания курса стационарного лечения. Прежде всего он включает в себя специальные аудиокассеты, на которых записаны все части комплекса ПФТ при различных заболеваниях. Убедившись, что пациент правильно выполняет все упражнения (как динамические, так и статические), освоил технику релаксации, мы "выписываем ему рецепт" на соответствующую аудиокассету, под которую он занимается дома.

Зачастую отклонения в состоянии здоровья являются неоправданным препятствием для занятий физической культурой. Отказываясь от последних, ребенок усугубляет дисгармонию здоровья. Традиционные формы занятий ЛФК в рамках лечебно-профилактических учреждений мало привлекательны для подростков, не полностью решают задачи физической гармонизации. Выходом из сложившейся ситуации может быть создание таких форм, как психофизическая тренировка, направленных на вовлечение личности человека в мир самооздоровления посредством движения тела и души.

Занятия психофизической тренировкой изначально формируют у подростка уверенность в том, что физические упражнения — это путь к восстановлению утраченного соматического благополучия, возможность ощутить себя полноценно здоровым человеком, приобрести желаемый уровень психофизической гармонии. Они имеют не только ближнюю, но и отдаленную цель — формирование устойчивой мотивации к регулярным занятиям физической культурой в течение всей жизни как залога красоты, хорошего самочувствия и уверенности в себе.

П Р И Л О Ж Е Н И Е

АКТУАЛЬНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ КОКСАРТРОЗОМ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

**Иванова Т.И., Соколова В.С., Лавров В.Н., Батулин О.В.,
Фукольцова Д.А.**

Россия, г. Москва, НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова

В последние 10 лет, благодаря внедрению новых технологий в хирургическое лечение стало возможным проведение эндопротезирования при туберкулезе тазобедренного сустава.

Цель исследования: формирование реабилитационных программ лечебной гимнастики (ЛГ) в до и послеоперационных периодах у больных с различной формой туберкулезного коксита по данным лучевой диагностики.

Были обследованы 54 больных туберкулезным кокситом до и после хирургического вмешательства: I группа - 33 больных с метатуберкулезной формой коксита, II группа - 21 больной с деструктивной формой коксита. Преобладали женщины в возрасте 50 лет.

Обучение больных в предоперационном периоде было направлено на освоение элементов ЛГ, которые будут использоваться после операции.

Проведение ЛГ в послеоперационном периоде зависело от ряда особенностей: тактики оперативного вмешательства, наличия выраженности остеопороза и патоморфологических изменений сустава.

Послеоперационный период реабилитации проходил в 3 периода:

- 1.ранний - начинался со 2-3 и продолжался до 5-6 дня;
- 2.средний - длился от 5-6 до 10-12 дня;
- 3.поздний - от 10-12 дня до 1-1,5 месяца, после чего начинался санаторный этап восстановительного лечения.

Адаптация к нагрузке больных II группы, во избежание развития лизиса костной ткани вокруг элементов эндопротеза, начиналась в более поздние сроки (15-20 сутки).

При определении эффективности проведения ЛГ пользовались данными антропометрии, электромиографии, которые наиболее показательны были в начале и по окончании госпитального курса. Так, объем мышц бедра в среднем к

концу позднего периода увеличился в I группе до 2,8 см., во II - до 1,7 см.. Биозлектрическая активность мышц на стороне оперированной конечности возрасла в I группе больных (четырёхглавая мышца бедра) на 194,8 мкВ, во II - на 71,2 мкВ.

Выделение больных в группы, в зависимости от формы туберкулезного процесса, определило характер и степень нагрузки лечебной физкультуры в каждый период послеоперационного ведения, что позволило без осложнений восстановить моторную и опорную функции оперированной конечности.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ

**Абоян И.А., Павлов С.В., Пакус О.И., Шестель А.Н.,
Неделько А.И., Грачёв С.В., Тренёв М.И.**

г. Ростов-на-Дону, МЛПУ Диагностический центр "Здоровье"

В настоящее время ударно-волновая терапия является методом выбора в лечении болезни Пейрони. С января 2001 года по март 2003 в ДЦ "Здоровье" проводилось комплексное урологическое обследование и лечение 24 пациентов с болезнью Пейрони. Пациентов беспокоили боли и искривление полового члена во время эрекции, снижение половой функции в той или иной степени. Выполнялось общеклиническое обследование, определялся уровень тестостерона. Всем больным была выполнена кавернозография, ультрасонография полового члена с доплеровским исследованием сосудов и ультразвуковая денситометрия. 14 пациентам с плотностью бляшки от 95 до 140 выполнялась экстракорпоральная ударно-волновая терапия (ЭУВТ) на аппарате Swiss Dolos Clast "Elektro-Medical Sistem" (Швейцария) фирма АНАС, источник волн пневматический, плотность энергетического потока 0,16 мДж/мм², глубина проникновения до 35 мм. Еще 10 пациентам выполнена ЭУВТ на аппарате Piesolit-economi Richard Wolf (Германия), источник пьезоэлектрический. Процедура проводилась под ультразвуковым контролем.

Результатами лечения явилось купирование болевого синдрома у 15 пациентов (62,5%), уменьшение угла искривления полового члена у 14 пациентов (58,3%), уменьшение размеров и плотности бляшки у 11 пациентов (45,8%). Удовлетворены результатами лечения 20 пациентов (83,3%). Осложнений во время курса лечения нами не отмечено.

Таким образом, экстракорпоральная ударно-волновая терапия является достаточно эффективным и безопасным методом лечения болезни Пейрони.

СОДЕРЖАНИЕ

МИОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Аксенова А.М., Серезенко Н.П., Андреева В.В., Аксенова Н.И.</i>	3
ВЛИЯНИЕ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЦНС У БОЛЬНЫХ С АСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Александрова Т.В.</i>	4
НОВОЕ В ФИЗИОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ <i>Бадьянова И.С., Газдиева Е.М., Иванова Н.М., Куликова Л.И., Яшков А.В.</i>	5
ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДЕТЕНЗОР ТЕРАПИИ (Германия) И АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПЕРАТОВ (фирмы Neel, Германия) В АМБУЛАТОРНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА <i>Балакирева О. В., Кинляйн К. Л., Татков О.В., Марьяновский А. А.</i>	6
ХОЛОДО-ГИПОКСИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ — НОВАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ КОРРЕКЦИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОВЫШЕНИЯ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЧЕЛОВЕКА <i>Баранова Т.И., Рыбьякова. Т.В., Рубан А.В., Баскакова Г.Н, Король С.А.</i>	9
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА СПОРТСМЕНОВ-ЛЫЖНИКОВ И НЕ ТРЕНИРОВАННЫХ МУЖЧИН <i>Белозерова Л.М., Нуретдинова З.Г.</i>	10
ДИНАМИКА УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СПОРТСМЕНОВ-ЛЫЖНИКОВ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ГОДОВОГО ТРЕНИРОВОЧНОГО ЦИКЛА <i>Белозёрова Л.М., Сиротин А.Б.</i>	11
АППАРАТНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ <i>Белозерова Л.М., Клестов В.В.</i>	12
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ МОТОРИКИ РУК У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ <i>Бердичевская Е.М., Зайцева Н.В., Породенко О.Н.</i>	13
РЕЗЕРВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЛОКОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ У СПОРТСМЕНОВ <i>Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р., Зенько А.Г., Ветров Д.В.</i>	15

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ <i>Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р.</i>	16
НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ У СПОРТСМЕНОВ <i>Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р., Зенько А.Г., Ветров Д.В.</i>	17
ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ <i>Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р.</i>	18
НОВЫЕ МИОТЕХНОЛОГИИ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ <i>Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р.</i>	19
ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬ- НЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ <i>Бодрова Р.А., Салихова А.И., Шакирова А.З., Валеева И.Х., Мухина Р.Г., Юнусова Э.Л., Мухаметшина Э.И.</i>	20
РАННЯЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ВЕГЕТАТИВНОМ СО- СТОЯНИИ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ <i>Бойко С.Ю.</i>	21
ИММУНОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ПЕ- РЕТРЕНИРОВАННОСТИ У СПОРТСМЕНОВ <i>Бровкина И.Л.</i>	23
МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ "ДИНАМИКА" ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Быстрова Н.С., Мухарлямов Ф.Ю., Лядов К.В., Шалыгин Л.Д.</i>	24
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРАСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Валиева А.Г., Каримова З.Ф., Шахматов Р.А., Меженина Н.В.</i>	26
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ, ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕ- ЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ С НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ И ДЕФОРМАЦИЯ- МИ ПОЗВОНОЧНИКА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <i>Вахрушева Л.А.</i>	27
ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЮНОШЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) <i>Винокурова С.П., Халатян К.Н.</i>	28

ОБМЕН МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ВИБРАЦИОННОМ СТРЕССЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ <i>Вогрalik П.М., Боброва С.В., Ефремов А.В., Антонов А.Р.</i>	29
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У ДЕТЕЙ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ <i>Воробушкова М.В., Жданова Л.А., Ширстов А.М., Велитченко В.К., Воробушкова В.В.</i>	31
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАПТОГЕНОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ СПОРТСМЕНОВ В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ <i>Воронцова Л.Б.</i>	32
ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА <i>Восидов З.В., Одинаев Ф.И., Зоидбоев З.М., Хашимова П.Р., Хомидов Б.Х.</i>	32
ЭТАПНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЦЕРВИКОКРАНИАЛГИЕЙ <i>Галлямова А.Ф., Машкин М.В., Новиков, Ю.О.</i>	34
ФОТОФОРЕЗ МЕТРОГИЛ-ГЕЛЯ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТАХ <i>Герасименко М.Ю., Никитин А.А., Сипкин А.Н., Филатова Е.В.</i>	35
ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ И ФОТОФОРЕЗ ХОНДРОКИСДА <i>Герасименко М.Ю., Февралева А.Ю., Г.С. Хамитова, Жданов Е.В., Варавва А.С.</i>	36
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТО-ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИОДОНТИТА <i>Гилязетдинова Ю.А., Гилязетдинов Д.Ф.</i>	37
ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОНМК У ПОЖИЛЫХ <i>Горбунов А.В.</i>	39
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА НАРУЖНОЙ КОРРЕКЦИИ СКОЛИОЗА <i>Колчин Д.В., Читалин М.Н., Данилов В.Ф.</i>	40

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСА КУРОРТА УНДОРЫ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ <i>Денисова Х.Х.</i>	41
СТАДИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕ- ДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ <i>Ефимов А. П.</i>	42
ТРАКЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ <i>Ефимов А.П., Карпов В.Н., Нестерова С.К., Басова Н.Ю., Чеботарева Г.Г., Фомичева Л.Д.</i>	43
ТЕХНОЛОГИЯ СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП <i>Ефимов А. П.</i>	44
КЛИНИЧЕСКИЕ И БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Ефимов А. П., Шварков С. Б.</i>	45
ФОТОФОРЕЗ ПАНТОВЕГИНА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА <i>Жданов Е.В., Февралева А.Ю., Филатова Е.В., Барыбин В.Ф.</i>	47
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПРИКРЕПЛЁННОЙ ДЕСНЫ СВОБОДНЫМ НЁБНЫМ ЛОСКУТОМ <i>Жданов Е.В., Февралева А.Ю., Герасименко М.Ю, Сковородько С.Н.</i>	48
ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИИ ДЫХАНИЯ НА АМБУЛА- ТОРНОМ ЭТАПЕ <i>Жук Н.А.</i>	49
ТРАНСМЕРИДИОНАЛЬНЫЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ И АДАПТАЦИЯ <i>Завгорудько В.Н., Завгорудько Т.И.</i>	50
ОПЫТ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СУТОЧНОГО БЕГА — СТУДЕНЧЕСКОМУ СПОРТУ <i>Заворин В.А., Борисов А.Н., Трофимов В.Н.</i>	51
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ ПРИ МЫШЕЧНО- ТОНИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА <i>Загорская Н.А., Макаров Г.В., Загорская В.Л.</i>	52

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У СПОРТСМЕНОВ <i>Загорская Н.А., Гойденко В.С., Загорская В.Л.</i>	53
ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Зоидбоев З.М., Одинаев Ф.И., Восидов З.В., Хашимова П.Р., Хомидов Б.Х.</i>	55
МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СПОРТСМЕНОВ <i>Ивановская Т.В.</i>	57
ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ <i>Ивасюк Г.В.</i>	58
ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ЛИНИИ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) <i>Игнатъев В.Г., Потапов А.Ф., Андреев Б.В., Михайлова В.М.</i>	59
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ <i>Игнатъев В.Г., Винокуров М.М., Михайлова В.М., Потапов А.Ф., Тарасов А.А., Гаврильев С.Н.</i>	61
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СВЕТОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАМПЫ "БИОПТРОН" В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Каримова З.Ф., Макеева Г.К., Стрекалова Л.Ф., Аскарлова З.З.</i>	63
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ИНФРАКРАСНОЙ САУНЫ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ <i>Карпатский А.А., Ершов И.А., Зимин Ю.В.</i>	64
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ АДАПТИВНЫМ СПОРТОМ <i>Кобзев Ю.А., Астафьева Н.Г., Храмов В.В.</i>	65
ВЛИЯНИЕ ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, ТАЗОВОГО РЕГИОНА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <i>Кокоулин А.Г., Иванилов Е.А., Дробышев В.А.</i>	66

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОАНАЛЬГЕЗИИ ПРИ СИНДРОМЕ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ <i>Колесник М.А.</i>	67
РОЛЬ ЛФК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Колчин Д.В., Челахова Е.Ф.</i>	69
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ (10-ЛЕТНИЙ СРОК НАБЛЮДЕНИЙ) <i>Колчин Д.В., Федоров Ю.Ю.</i>	71
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ АРТИСТОВ БАЛЕТА <i>Коннова О.Л., Коробейникова О.В., Клестов В.В.</i>	72
МЕТОДИКА АДАПТИРОВАННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ МОЗГА У СПОРТСМЕНОВ <i>Коннова О.Л.</i>	73
МЕТОДЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ПАТОБИОМЕХАНИЧЕ- СКИХ НАРУШЕНИЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧ- НИКА <i>Косинцев С.В., Иванилов Е.А., Дробышев В.А.</i>	74
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕР- ГРАВИТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ЗУДЕКА <i>Котельников Г.П., Яшков А.В., Панкратов А.С.</i>	75
ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ <i>Кузнецова Л.В., Тухканен Е.В., Мебелова И.И., Мрыхина Н.Ф.</i>	76
МНОГОКАНАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ БОЛЕВЫХ СИНДРО- МАХ ЛИЦА <i>Лазаренко Н.Н., Чукумов Р.М.</i>	78
АЗОТИСТАЯ ТЕОРИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И СПОРТСМЕНОВ <i>Левченко К.П.</i>	79
БИОХИМИЧЕСКИЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКВИВАЛЕНТ ФИЗИЧЕС- КОГО УТОМЛЕНИЯ <i>Левченко К.П.</i>	80

НОВЫЕ РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩИЕ ФОРМЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ <i>Леденева Е. Г., Рачковская Л. П.</i>	81
МЕТАБОЛИТЫ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ <i>Липатова Т.Е., Исламова Е.А.</i>	82
МЕТОД ДИНАМИЧЕСКОЙ СТЕРЕОМЕТРИИ <i>Литвинов И.А., Новиков Ю.О.</i>	83
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРВИГАЛЬГИЙ МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ <i>Литвинов И.А., Новиков Ю.О.</i>	86
АУТОМОБИЛИЗАЦИЯ И АУТОСТАБИЛИЗАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬГИЙ <i>Литвинов И.А., Новиков Ю.О.</i>	88
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, КАК ВАЖНЫЙ ПРИНЦИП ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС <i>Лобачева А.В., Махова Г.Е., Григорьева Н.Н., Кобзев Ю.А., Семенова С.В.</i>	90
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Логинова И.А., Елманова О.А., Васильева Е.Е., Зазулина А.Ю., Кострыкин М.Ю., Поддубный А.В.</i>	91
КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>Лондон Е.М., Ермакова Л.В., Корецкая А.Ю.</i>	92
ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-КОРРИГИРУЮЩАЯ СИСТЕМА "ДИКНОС" <i>Любченко.В.Ю.</i>	94
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ <i>Лядов К.В., Мухарлямов Ф.Ю., Литвякова И.В., Смирнова М.И.</i>	95

НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ И ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ И БОЛЕЗНЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА <i>Лян Р.В., Орешенков М.М., Сологуб И.В.</i>	96
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗАМИ <i>Мавлиева Г.М., Бодрова Р.А., Пантелеев В.Н.</i>	98
ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ МАЛЫХ ИНСУЛЬТАХ <i>Майорова Н.Г., Иванова Н.А., Павлов В.А., Сергеев В.В., Бабичева Е.А.</i>	99
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Макарова И.Н., Моисеева И.В., Шимук Н.Ф.</i>	100
ПРИМЕНЕНИЕ КУМЫСА ПРИ ВНЕКУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ <i>Макеева Г.К., Филиппова Г.В., Нелюбин Е.В.</i>	101
УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ <i>Мальгина М.А.</i>	102
УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ <i>Мальгина М.А.</i>	103
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА <i>Маневский А.П., Солонец И.И., Коротких Л.И.</i>	104
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И РАБОТОСПОСОБНОСТИ СПАСАТЕЛЕЙ МЧС <i>Мезенцева Е.А., Фаттахов В.В., Хайруллина Н.Р.</i>	105
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ-КОЛЯСОЧНИКОВ НА БАЗЕ ЦЕНТРА "ПРЕОДОЛЕНИЕ" <i>Михайлина Е.Ю.</i>	107
ПРИМЕНЕНИЕ МАССАЖА НА РАННИХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ <i>Морозов П. Ю.</i>	109

СПЕКТРАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СКОЛИОЗОМ <i>Мутовкина Т.Г., Быков Е.В., Шорин Г.А., Чаплинский В.В.</i>	110
ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБЫ С 6-И МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КУРСА ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В СТАТИКО-ДИНАМИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Некоркина О.А., Кешишян И.В.</i>	111
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЛОНГИРОВАННОГО КУРСА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В СТАТИКО-ДИНАМИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Некоркина О. А.</i>	113
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДИСФУНКЦИИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ТАЗОВОГО РЕГИОНА У ДЕТЕЙ <i>Неретина Е.В.</i>	114
ПРОГНОЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ В СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ С МИКРОАНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА <i>Павловичева Л.П., Иванов К.М., Ишанова Н.Л., Фавер В.С., Суходолец В.А., Вялкова Е.И., Мохов Ю.П.</i>	115
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КИНЕЗОТЕРАПИИ СПОНДИЛОГЕННЫХ БОЛЕЙ <i>Пестова Л. А., Казаков В. Ф., Пестов Ю. Д.</i>	116
ГИПОКСЕН В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ СПОРТСМЕНОВ-ИНВАЛИДОВ К VIII ЗИМНИМ ПАРАЛИМПИЙСКИМ ИГРАМ В СОЛТ-ЛЕЙК-СИТИ (США) 2002 г. <i>Поляев Б.А., Парастаев С.А.</i>	117
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОЛОГИИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ СПОРТИВНОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ. <i>Пономарева В.В.</i>	118
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ <i>Поспелов А.А.</i>	119

МЕТОДОЛОГИЯ ПОСТРОЕНИЯ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ С УЧЕТОМ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ <i>Преображенский В.Н., Лядов К.В. Шалыгин Л. Д.</i>	121
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СОСУДИСТОГО ПАРКИНСОНИЗМА <i>Путилина М.В., Борисов В.А., Радишевский М.В.</i>	122
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ ВЕТЕРАНОВ <i>Пьянков А.К., Пьянков В.А.</i>	123
МЕСТО ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Резникова С.В.</i>	124
НЕКОТОРЫЕ ЗАДАЧИ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ <i>Ромашин О.В.</i>	125
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СИСТЕМА ОЗДОРОВЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ <i>Ромашин О.В., Безбородов В.П., Чудимов В.Ф.</i>	126
К ВОПРОСУ О РОЛИ И МЕСТЕ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В СИСТЕМЕ ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ <i>Ромашин О.В.</i>	128
РОЛЬ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Сабанчиева Х.А., Эльгаров А.А., Шогенов А.Г., Мидова М.М.</i>	129
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ ЗДРАВНИЦЫ <i>Северюкова В.С., Гулькинова Т.Т., Медведев В.А., Цанцариди И.Н., Гниломедов А.В., Сычук Е. М., Плетенчук Л.А.</i>	130
ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ ОЖОГАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ <i>Серая Э.В., Смирнов С.В., Лапшин В.П., Буряков В.Ф.</i>	132
ПРИМЕНЕНИЕ СЕРОВОДОРОДНОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА В САНАТОРИИ "ЧУВАШИЯ" <i>Симунов Ю.Л., Михайлова И.В, Мадянов И.В.</i>	133

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ МЕТОДОМ КВЧ-ТЕРАПИИ <i>Синицкий А.А., Иванчиков Е.А., Карева Н.П., Спиридонов А.Н.</i>	134
ФОТОФОРЕЗ МЕТРОГИЛ-ГЕЛЯ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТАХ <i>Сипкин А.Н., Герасименко М.Ю., Никитин А.А., Филатова е.В.</i>	135
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЭНУРЕЗОМ <i>Сковычева Л.Д., Мальчикова Е.В., Малютина Ю.А., Долгошеева В.А., Пяк В.П.</i>	136
ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОД ВЛИЯНИЕМ КВЧ-ТЕРАПИИ <i>Смирнова О.М., Дробышев В.А., Иванчиков Е.А., Тарыкина С.Ф.</i>	137
ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Соколов А.Л., Ляхманова Н.Б., Богданова Г.Ф., Фатеева Г.В.</i>	139
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КАРДИО-ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ <i>Солодянкина М.Е., Строева В.С.</i>	140
МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ У ЛИЦ С АЛИМЕНТАРНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ <i>Сорокина О.В.</i>	141
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СРЕДНИМ ОТИТОМ <i>Сотников И.Л.</i>	143
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ СНА У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ <i>Староверова О.А, Лядов К.В.</i>	144
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КОРЕШКОВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <i>Староконь П.М., Галицкая Е.В., Григорьев В.Ю.</i>	145
ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА РАНЕВЫХ РЕГЕНЕРАТОВ КОЖИ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ СВЕТОДИОДНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАСНОГО ДИАПАЗОНА <i>Столбовская О.В., Куликова Т.К., Гриненко Е.А., Ежова О.В., Лаврушина Е.Е.</i>	146

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ГИДРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТРОНИЕЙ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Строева В.С., Солодянкина М.Е.</i>	147
ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА <i>Ступак И.Н., Стрельникова Е.В., Иванчиков Е.А., Карева Н.П.</i>	148
ОЦЕНКА НАПРЯЖЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ У СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ МЕТОДОМ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ПЛЕЯД ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ МАГНИТОВИБРОАКУСТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ <i>Сучкова Ж.В., Булатецкий С.В. Бяловский Ю.Ю.</i>	150
ПРИНЦИПЫ СТИМУЛЯЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ С ПОМОЩЬЮ УПРАВЛЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ АДАПТАЦИОННЫМИ МЕХАНИЗМАМИ АППАРАТОМ МАГОФОН-01 <i>Сучкова Ж.В., Булатецкий С.В. Бяловский Ю.Ю.</i>	151
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДЦП И ИХ АППАРАТНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ <i>Титаренко Н.Ю.</i>	152
ДИНАМИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА КЛИМАТОБАЛЬНЕОЛЕЧЕБНОМ КУРОРТЕ <i>Тишаков А.Ю., Осадчий В.А.</i>	154
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В РЕГИОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ <i>Торишнева Е.Ю.</i>	155
ИНТЕГРАЛЬНЫЕ МЕДИКО-ПЕДОГОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ТРАВМАТИЗМА <i>Туманова Н.П., Алехина О.В., Бойков А.Н., Дидур М.Д.</i>	156
ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ЭФФЕКТИВНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА <i>Тыченко В.Е., Михайленко Е.Н.</i>	157

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И ФИЗИЧЕСКУЮ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ <i>Усков Г.В.</i>	158
СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У СПОРТСМЕНОВ С РАЗЛИЧНОЙ НАПРАВЛЕННОСТЬЮ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА <i>Усков Г.В.</i>	160
ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ РАБОЧИХ СУДОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ <i>Ушаков А.А., Хазова В.А.</i>	161
ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ХЛОРИДНО-НАТРИЕВЫХ ВАНН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ <i>Фалькова А.В., Колесников Б.Л., Квиткина И.Н., Мурашкина С.В.</i>	162
ФОТОФОРЕЗ ХОЛИСАЛА ЗЕЛЕНЫМ СПЕКТРОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПЕРИОДОНТИТА ВЗРОСЛЫХ <i>Февралева А.Ю., Жданов Е.В., Герасименко М.Ю., Варавва А.С.</i>	163
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АМБЛИОПИИ У ДЕТЕЙ <i>Филатова Е.В.</i>	164
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ РАБОТНИКОВ ГАЗОДОБЫВАЮЩЕЙ ОТРАСЛИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ <i>Харева И.М.</i>	166
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В РАМКАХ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ <i>Харламов Е.В.</i>	167
АРТРОСКОПИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА У СПОРТСМЕНОВ <i>Ходарев С.В., Фабрикант М.Г., Лымарь А.Г., Прокудин С.В., Злочевский М.Б.</i>	168
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФЛЕБΟΣКОПИИ И ФЛЕБОТОМЕТРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ <i>Ходарев С.В., Лымарь А.Г., Прокудин С.В., Злочевский М.Б.</i>	170

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СПОРТСМЕНОВ В ЦЕНТРАХ ОЛИМПИЙСКОЙ ПОДГОТОВКИ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Ходарев С.В., Горбанева О.П., Разумова Л.П.</i>	171
ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ КИСТИ <i>Чеклецова Е. Н., Токарев А.Е.</i>	172
О МЕХАНИЗМАХ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Чиж А.Г., Липатова Т.Е.</i>	173
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ <i>Чиж А.Г., Чиж А.А., Исламова Е.А.</i>	174
ОЗДОРОВЛЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ <i>Шакирова Е.П., Резцова Е.М.</i>	175
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С НАРУШЕНИЯМИ СНА <i>Шалыгин Л.Д., Староверова О.А.</i>	176
ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА <i>Попов С.Н., Шапиро Д.М., Кудин Н. О., Аззам Мухамед</i>	177
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ <i>Шахмаметова С. Р.</i>	179
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ЛАМПЫ "БИОНИК" ("БИОПТРОН") ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ <i>Шахмаметова С.Р.</i>	180
ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТРЕНИРОВАННОСТИ НА АДАПТИВНЫЕ РЕАКЦИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ <i>Шахматов И.И., Нечаев Г.Г., Лукашина Т.В., Шахматова Н.Н.</i>	181

ИМПУЛЬСНАЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИМИ НЕЙРОПАТИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Широков В.А., Курочкина Е.В., Захаров Я.Ю.</i>	182
ВЛИЯНИЕ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ <i>Шихотинов В.В., Дробышев В.А., Иванюков Е.А.</i>	183
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА <i>Шкробко А.Н., Никитина И.Е.</i>	184
АСТМА-ШКОЛА. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Шпитальная В.П., Кобзев Ю.А., Архангельская И.А., Колесова О.Г., Фурман Г. Л.</i>	185
О СОСТОЯНИИ ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНОЙ СЛУЖБЫ ПЕРМСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Щепина Г.М., Коннова О.Л.</i>	186
КОМПЛЕКСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В АСТМА-ШКОЛЕ И ЗАНЯТИЙ ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ <i>Щербань Н.А.</i>	187
САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Эльгарова Р.М., Эльгаров А.А.</i>	189
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ <i>Эльгарова Л.В., Кешоков Р.Х., Чочаева М.Ж., Эльгаров А.А., Гятова О.Б.</i>	190
ДИНАМИКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ <i>Яковлева И.Ю., Дробышев В.А., Иванюков Е.А., Синицкий А.А.</i>	191
РЕГУЛЯЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МЕТОДАМИ ФИЗИОТЕРАПИИ <i>Яковлева Л.М., Кирьянова В.В., Батурина Л.А.</i>	192

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОС- ЛОЖНЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Яшков А.В., Котельников Г.П., Коновалов Д.А., Казаков И.С.</i> <i>Скороваров А.Р.</i>	193
---	-----

ГРАВИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ <i>Яшков А.В., Кривошеков Е.П., Колнязова А.К.</i>	194
---	-----

ДОКЛАДЫ

ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОКИНЕЗОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ <i>Нежкина Н.Н., Бобошко И.Е., Шелкопляс Е.В., Жданова Л.А., Ширстов А.М.</i>	196
---	-----

ПРИЛОЖЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ КОКСАРТРОЗОМ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА <i>Иванова Т.И., Соколова В.С., Лавров В.Н., Батулин О.В., Фукольцова Д.А.</i>	201
--	-----

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ <i>Абоян И.А., Павлов С.В., Пакус О.И., Шестель А.Н., Неделько А.И., Грачёв С.В., Тренёв М.И.</i>	202
---	-----