ISSN 0042-8787 (Print)
ISSN 2309-1355 (Online)

Общероссийская общественная организация «Российское общество врачей восстановительной медицины, медицинской реабилитации, курортологов и физиотерапевтов»

ВОПРОСЫ КУРОРТОЛОГИИ, ФИЗИОТЕРАПИИ И ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Том 96 март–апрель Выпуск 2 2'2019

ДВУХМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

«Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры» — научно-практический рецензируемый медицинский журнал
Выходит 6 раз в год
Основан в 1923 году

Журнал представлен в следующих международных базах данных и информационно-справочных изданиях: **РИНЦ (Российский индекс научного цитирования), Web of Science (Russian Science Citation Index — RSCI), PubMed/Medline, Index Medicus, Scopus (через Medline), EBSCOhost, Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar, WorldCat.**

Издательство «Медиа Сфера»:
127238 Москва,
Дмитровское ш., д. 46, корп. 2, этаж 4
Тел.: (495) 482-4329
Факс: (495) 482-4312
info@mediasphera.ru
www.mediasphera.ru
Отдел рекламы: (495) 482-0604
reklama@mediasphera.ru
Отдел подписки: (495) 482-5336
zakaz@mediasphera.ru
Адрес для корреспонденции:
127238 Москва, а/я 54, Медиа Сфера

Адрес редакции:
127238 Москва,
Дмитровское ш., д. 46, корп. 2, этаж 4
Тел.: (495) 482-4329
E-mail: vopr.kurort@yandex.ru
Зав. редакцией О.А. Роженецкая

Оригинал-макет изготовлен издательством «Медиа Сфера»
Компьютерный набор и верстка:
Г.В. Кременчуцкая, М.Ю. Володина, Е.Л. Коган
Корректор: О.М. Тарарина

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. К публикации принимаются только статьи, подготовленные в соответствии с правилами для авторов. Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: www.mediasphera.ru. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения издателя — издательства «Медиа Сфера».

Индексы по каталогу агентства «Роспечать»
71418 — для индивидуальных подписчиков
71419 — для предприятий и организаций

Подписано в печать 16.11.18
Формат 60×90 $^1/_8$. Тираж 2000 экз.
Усл. печ. л. 8,5.
Заказ 3407
Изготовлено ИП Правоторова Е.А.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор акад. РАН, д.м.н., проф. РАЗУМОВ А.Н.

АДИЛОВ В.Б., д.г.-м.н.
БАДТИЕВА В.А., член-корр. РАН, д.м.н., проф.
БОБРОВНИЦКИЙ И.П., член-корр. РАН, д.м.н., проф. (зам. главного редактора)
ВАСИЛЕНКО А.М., д.м.н., проф. (ответственный секретарь)
ГОЗУЛОВ А.С., к.психол.н., доц.
ГУСАКОВА Е.В., д.м.н., проф.
ЕПИФАНОВ В.А., д.м.н., проф.
ЗАЙЦЕВ В.П., д.м.н., проф.
КОНЧУГОВА Т.В., д.м.н., проф. (зам. главного редактора)
КОТЕНКО К.В., член-корр. РАН, д.м.н., проф.
КУЛИКОВ А.Г., д.м.н., проф.
ЛЕБЕДЕВА И.П., к.м.н.
ЛЬВОВА Н.В., к.м.н. (научный редактор)
МЕЛЬНИКОВА Е.А., д.м.н.
ПЕРШИН С.Б., д.м.н., проф.
ПОВАЖНАЯ Е.Л., д.м.н., проф.
ПОНОМАРЕНКО Г.Н., д.м.н., проф.
РАССУЛОВА М.А., д.м.н., проф.
ТУРОВА Е.А., д.м.н., проф. (зам. главного редактора)
ХАН М.А., д.м.н., проф.
ЮРОВА О.В., д.м.н., проф.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Бугаев С.А. (Москва)
Быков А.Т. (Сочи)
Владимирский Е.В. (Пермь)
Гильмутдинова Л.Т. (Уфа)
Голубова Т.Ф. (Евпатория)
Ефименко Н.В. (Пятигорск)
Завгородько В.Н. (Хабаровск)
Казаков В.Ф. (Москва)
Кирьянова В.В. (Санкт-Петербург)
Левицкий Е.Ф. (Томск)
Никитин М.В. (Геленджик)
Оранский И.Е. (Екатеринбург)
Соколов А.В. (Московская обл.)
Ярош А.М. (Ялта)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СОВЕТ

Harutyunyan B.N. (Yerevan, Armenia)
Babov K.D. (Odessa, Ukraine)
Benberin V.V. (Astana, Kazakhstan)
Burger H. (Ljubljana, Slovenia)
Gaisberger M. (Salzburg, Austria)
Maraver F.E. (Madrid, Spain)
Melnikau I.M. (Bad Fussing, Germany)
Musaev A.V. (Baku, Azerbaijan)
Ponikowska I. (Torun', Poland)
Pratzel H.G. (Munchen, Germany)
Sivakou A.P. (Minsk, Belarus)
Solimene U. (Milan, Italy)
Surdu O.I. (Constanta, Romania)
Fluck I. (Budapest, Hungary)

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) Министерства науки и высшего образования РФ журнал «Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Издательство **МЕДИА СФЕРА** Москва · **MEDIA SPHERA** Publishing Group Moscow

ISSN 0042-8787 (Print)
ISSN 2309-1355 (Online)



Russian Society of regenerative medicine, medical rehabilitation, balneology and physiotherapy specialists

«Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kultury» (Problems of Balneology, Physiotherapy, and Exercise Therapy) is a bimonthly peer-reviewed medical journal published **by MEDIA SPHERA Publising Group**. Founded in 1923.

Journal indexed in Russian Science Citation Index (RSCI), Scopus (via Medline), Web of Science (Russian Science Citation Index — RSCI), PubMed/MEDLINE, Index Medicus, EBSCO-host, Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar, WorldCat.

MEDIA SPHERA Publishing Group:
Address: 46-2 (level 4),
Dmitrovskoe highway,
Moscow, Russia, 127238
Phone: +7(495)482-4329
Fax: +7(495)482-4312
E-mail: info@mediasphera.ru
URL: http://www.mediasphera.ru
Advertising department:
Phone: +7(495)482-0604
E-mail: reklama@mediasphera.ru
Subscription department:
Phone: +7(495)482-5336
E-mail: zakaz@mediasphera.ru
For correspondence:
POB 54, Moscow, Russia, 127238
MEDIA SPHERA

Editorial office:
Address: 46-2 (level 4)
Dmitrovskoe highway
Moscow, Russia, 127238
Phone: +7(495)482-4329
E-mail: vopr.kurort@yandex.ru
Managing editor: Rozhenetskaya Olga

In accordance with the resolution of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation, the Problems of Balneology, Physiotherapy, and Exercise therapy was included in the List of Leading Peer-Reviewed Journals and Periodicals issued in the Russian Federation where the main results of Candidate and Doctor Theses are recommended to be published.

The Editorial Board is not responsible for the content of advertising materials. Editorial opinion does not always coincide with the opinion of the authors. Only the articles prepared in compliance with Authors' guidelines are accepted for publication. When submitting an article to the Editorial Board, the authors accept the terms and conditions of the public offer agreement. Authors' guidelines and the public offer agreement can be found on website www.mediasphera.ru. Complete or partial reproduction is allowed by written permission of the Publisher (MEDIA SPHERA Publishing Group).

PROBLEMS OF BALNEOLOGY, PHYSIOTHERAPY, AND EXERCISE THERAPY

Vol. 96 **March–April 2nd Edition** **Issue 2'2019**

BIMONTHLY SCIENTIFIC-AND-PRACTICAL MEDICAL JOURNAL

EDITOR-in-CHIEF

RAZUMOV A.N., MD, PhD, Professor, Academician of RAS (Moscow, Russia)

EDITORIAL BOARD

ADILOV V.B., PhD (Moscow, Russia)
BADTIEVA V.A., MD, PhD, Professor, Corr. Member of RAS (Moscow, Russia)
BOBROVNITSKIY I.P., MD, PhD, Professor, Corr. Member of RAS, Deputy Editor-in-Chief (Moscow, Russia)
VASILENKO A.M., MD, PhD, Professor, Executive Secretary (Moscow, Russia)
GOZULOV A.S., PhD, assistant professor (Moscow, Russia)
GUSAKOVA E.V., MD, PhD, Professor (Moscow, Russia)
EPIFANOV V.A., MD, PhD, Professor (Moscow, Russia)
ZAITSEV V.P., MD, PhD, Professor (Moscow, Russia)
KONCHUGOVA T.V., MD, PhD, Professor, Deputy Editor-in-Chief (Moscow, Russia)
KOTENKO K.V., MD, PhD, Professor, Corr. Member of RAS (Moscow, Russia)
KULIKOV A.G., MD, PhD, Professor (Moscow, Russia)
LEBEDEVA I.P., MD, PhD (Moscow, Russia)
LVOVA N.V., MD, PhD, Scientific Editor (Moscow, Russia)
MELNIKOVA E.A., MD, PhD (Moscow, Russia)
PERSHIN S.B., MD, PhD, Professor (Moscow, Russia)
POVAZHNAYA E.L., MD, PhD, Professor (Moscow, Russia)
PONOMARENKO G.N., MD, PhD, Professor (Saint-Petersburg, Russia)
RASSULOVA M.A., MD, PhD, Professor (Moscow, Russia)
TUROVA E.A., MD, PhD, Professor, Deputy Editor-in-Chief (Moscow, Russia)
KHAN M.A., MD, PhD, Professor (Moscow, Russia)
YUROVA O.V., MD, PhD, Professor (Moscow, Russia)

EDITORIAL COUNCIL

Bugaev S.A. (Moscow)
Bykov A.T. (Sochi)
Vladimirskiy E.V. (Perm')
Gilmutdinova L.T. (Ufa)
Golubova T.F. (Yevpatoria)
Efimenko N.V. (Pyatigorsk)
Zavgorud'ko V.N. (Khabarovsk)
Kazakov V.F. (Moscow)
Kiryanova V.V. (Saint-Petersburg)
Levitsky E.F. (Tomsk)
Nikitin M.V. (Gelendzhik)
Oranskii I.E. (Ekaterinburg)
Sokolov A.V. (Moscow region)
Yarosh A.M. (Yalta)

INTERNATIONAL COUNCIL

Harutyunyan B.N. (Yerevan, Armenia)
Babov K.D. (Odessa, Ukraine)
Benberin V.V. (Astana, Kazakhstan)
Burger H. (Ljubljana, Slovenia)
Gaisberger M. (Salzburg, Austria)
Maraver F.E. (Madrid, Spain)
Melnikau I.M. (Bad Fussing, Germany)
Musaev A.V. (Baku, Azerbaijan)
Ponikowska I. (Torun', Poland)
Pratzel H.G. (Munchen, Germany)
Sivakou A.P. (Minsk, Belarus)
Solimene U. (Milan, Italy)
Surdu O.I. (Constanta, Romania)
Fluck I. (Budapest, Hungary)

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ «ЗДРАВНИЦА-2019»

Современные тенденции и перспективы развития курортного дела в Российской Федерации

**Республика Крым,
город-курорт Алушта**

21—23 мая 2019 г.

2019

Главный редактор
Академик РАН, профессор, д.м.н. А.Н. Разумов

Редакционный совет:
В.А. Бадтиева, Е.А. Турова, М.А. Рассулова, В.А. Прохорова
Телефон: 8 (495) 621-40-26
Эл. почта: forum-2010@mail.ru, rusnka@bk.ru

В тексте настоящего издания полностью сохранены содержание, стиль и орфография, использованные авторами представленных материалов. Издатель не несет ответственности за достоверность приведенной информации, ошибки и опечатки, а также за любые последствия, которые они могут вызвать.

Материалы сборника не могут воспроизводиться без письменного разрешения Издателя.
No part of this publication may reproduced without permission in writing from the publishes.

© Медиа Сфера, 2019

О достижении национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 г. в части влияния санаторно-курортного оздоровления, восстановительного лечения и медицинской науки на здоровьесбережение населения

Президент Национальной курортной ассоциации, президент ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, заведующий кафедрой восстановительной медицины, реабилитации и курортологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), акад. РАН, д.м.н., проф. Разумов Александр Николаевич

Поиск путей сохранения здоровья, увеличения продолжительности жизни человека имеет многовековую историю и до сегодняшнего дня продолжает оставаться одной из самых важных и актуальных проблем в области биологии и медицины.

Еще в 1761 г. М.В. Ломоносов в своем письме к И.И. Шувалову «О размножении и сохранении российского народа» озвучил истинное положение дел России XVIII века. Символично это письмо и по сей день, ведь, как и 258 лет назад, проблема с «размножением и сохранением русского народа» остается нерешенной...

Современное общество возводит здоровьесбережение в ранг международных и государственных приоритетов, в значительной степени влияющих на состояние национальной безопасности и перспективы развития общества.

Здоровая нация — это уже один из признаков благополучия страны. Хотя растущая по численности нация — еще более актуальный показатель, но о нем стали все чаще молчать, с тех пор как трехгодичный естественный прирост снова сменился убылью.

Программа по формированию здорового образа жизни важна и нужна государству так же, как и отказ от сырьевой экономики, демографическая поддержка, рост инновационной экономики, выход России в мировые лидеры по экспорту технологический продукции.

Правительством Российской Федерации был принят ряд государственных программ, стратегий, в том числе приоритетный проект **«Формирование здорового образа жизни»**, согласно которому к 2020 г. доля граждан, приверженных здоровому образу жизни, должна составить 50%, к 2025 г. — 60%.

К сожалению, эти программы **не предусматривают широкую интеграцию центров здоровья и санаторно-курортного комплекса в систему формирования охраны здоровья здоровых, продления жизни и сохранения трудового потенциала страны**.

Реализация антитабачного и алкогольного законов привела к **снижению распространенности курения** на 16% в РФ на период 2012—2016 гг. (Федеральный закон №15 от 23.02.13). Антиалкогольная кампания привела к **снижению употребления алкоголя** на 25% в РФ в период 2010—2016 гг. (Распоряжение Правительства РФ от 30.12.09 №2128-р). Указанное позитивное явление в полной мере не решает актуальные вопросы важных направлений состояния здоровья, влияющих на экономическое развитие страны.

В современной мировой экономике здоровье нации признается ключевым элементом стабильности ее экономического потенциала. Население Российской Федерации не только уменьшается, но и становится более старым, что подтверждается влиянием современных вызовов здоровью человека, а значит, теряет способность служить движущей силой экономического возрождения страны.

Сегодня на 1000 человек работающего населения приходится 441 пенсионер и 330 детей и детей-инвалидов, что представляет реальную угрозу экономике страны.

Несмотря на повышение рождаемости в стране в абсолютных цифрах, данные Национального центра здоровья детей говорят о следующем — только лишь 15% **новорожденных можно признать полностью здоровыми** и только 7% новорожденных остаются полностью здоровыми по достижению совершеннолетия.

Президент Российской Федерации прямо указывает: «Мы должны переломить эти негативные тенденции. Переломить, опираясь на системную и хорошо просчитанную политику в этой сфере».

Современные вызовы на здоровье, старение и увеличение численности населения, увеличение числа хронических заболеваний, увеличение расходов на здравоохранение и удорожание медицинских услуг, экспоненциальное развитие технологий и глобализация, кадровый кризис — поднимут спрос на медицинские услуги, в том числе и на санаторно-курортное лечение и усилят ценность здоровья как экономической составляющей в развитии цивилизации.

Многочисленные вызовы и угрозы здоровью человека, уменьшение численности и старения работающего населения определяют необходимость создания единого программного документа стратегического планирования, которым, по нашему убеждению, могла бы стать национальная «Стратегия здоровьесбережения населения Российской Федерации».

Основной целью Стратегии является радикальное «снижение оттока» из популяции здоровых лиц в популяцию больных и переход приоритетов здравоохранения от системы болезнецентрической (ориентированной только на лечение больных) к здоровьецентрической системе, направленной на профилактику болезней и формирование у населения культуры здоровья.

Стратегия основана на признании роли здоровья как фактора национальной безопасности и как социального свойства личности, обеспечивающего в условиях рыночной экономики конкурентоспособность, благополучие семьи, профессиональное долголетие и обеспеченную старость.

Стратегия здоровьесбережения включает: стратегию здорового образа жизни (ЗОЖ); национальные проекты «Демография» и «Здравоохранения»; программу и концепцию охраны здоровья здоровых; стратегию развития санаторно-курортного комплекса РФ; программу развития центров здоровья; технологическое переоснащение центров здоровья и санаторно-курортных организаций; доктрину здорового питания; экологическую доктрину.

Очевидно, что ключевыми вопросами Стратегии станут законодательное и нормативно-правовое обеспечение оздоровительно-профилактической деятельности системы здравоохранения.

В последние десятилетия не уделялось должного внимания возможностям санаторно-курортного комплекса в здоровьесбережении населения, хотя, как показывает предыдущая практика, санаторно-курортный комплекс в прошлом успешно выполнял такую функцию.

Санаторно-курортный комплекс России является готовой инфраструктурой, обладающей уникальными возможностями для оздоровления, профилактики заболеваемости и восстановления здоровья населения на основе использования природных лечебных факторов.

В то же время существующая сеть центров здоровья обладает современными комплексами ранней диагностики заболеваний, но не имеет функциональной взаимосвязи для организации потоков пациентов в санатории.

Включение методологий и технологических решений восстановительной и курортной медицины в систему, объединяющую сеть центров здоровья и санаторно-курортные организации, позволит решить многие проблемы ранее предложенной концепции развития здравоохранения России.

К 90-м годам санаторно-курортный комплекс мог принимать более 32 млн человек ежегодно, 7431 предприятие имело свои санатории. Среди 1299 тыс. коек **23% приходилось на санатории и пансионаты с лечением и 77% — на оздоровление!** Сейчас в России — 1733 санатория и 425 тыс. койко-мест.

По материалам заседания президиума Госсовета в Белокурихе Алтайского края от 26 августа 2016 г., посвященного развитию санаторно-курортного комплекса, регулярные профилактика заболеваний и лечение в санаторно-курортных и оздоровительных учреждениях позволяют существенно увеличить продолжительность жизни — от 3 до 15 лет.

В 2,4 раза уменьшается потребность в госпитализации, в 2,6—3 раза сокращаются расходы на лечение в поликлиниках и стационарах, в 1,8—2,6 раза уменьшаются выплаты по временной нетрудоспособности, в 2—3 раза снижается ущерб производству в связи с заболеваемостью рабочих и служащих.

Экономический эффект от внедрения профилактических программ и разработок, по данным ВОЗ, достигает соотношения 1:8.

В целях практической реализации стратегии здоровьесбережения в Российской Федерации необходимо подготовить и утвердить Распоряжение Правительства Российской Федерации о создании межведомственной рабочей группы по разработке Программы и Плана мероприятий по реализации указанной Стратегии с участием представителей Минздрава России, Комитетов Государственной Думы, Российской академии наук, Народного фронта и общественных профессиональных организаций.

Основными разделами Стратегии должны стать:

Первое. Создание полноценной, достаточной нормативной правовой базы системы охраны здоровья здоровых в стране, включающую, в числе прочего, доработку и внесение изменений:

— в приказ Минздрава России от 21.03.03 №113 «Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации»;

— в Федеральный закон от 21.11.11 №323-ФЗ (ред. от 07.03.18) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

— в приказ Минздрава России от 30.09.15 №683н «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»;

— в приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.09 №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»;

— вернуть в действие приказ Минздрава России от 16.05.13 №207 «Об организации оздоровления беременных женщин в санаториях и санаториях-профилакториях».

Второе. Разработка на научной основе системы организационных мероприятий по реализации стратегии на основе обработки современных статистических данных, а также подготовка предложений по созданию оптимальной структуры системы оздоровления в Российской Федерации с оптимизацией деятельности входящих в нее элементов, включающей все виды оздоровительных и санаторно-курортных организаций, а также, возможно, таких новых, как клиники управления здоровьем.

Важной составляющей этой работы будет расширение сети оздоровительных организаций за счет оптимизации функционирующих на сегодняшний день санаторно-курортных учреждений. Лучшие из санаториев, особенно профильные и многопрофильные, с хорошей материально-технической базой, необходимо сохранить в прежнем статусе как лечебно-профилактические организации и, возможно, еще более укрепить в части кадрового, методического обеспечения и оснащения современным медицинским оборудованием.

Особенно важно, что указанная реорганизация будет эффективной в отношении оказания санаторно-курортной и восстановительно-реабилитационной помощи детям, в том числе детям-инвалидам, поскольку существующая сеть государственных санаториев для детей значительно превосходит таковую для взрослых.

Остальные санатории, фактически не осуществляющие полноценную, профессиональную медицинскую деятельность, переориентировать в статус оздоровительных организаций со всем необходимым нормативным правовым сопровождением (аналогичного Порядку организации санаторно-курортного лечения, утвержденного приказом Минздрава России от 05.05.16 №279н, только уже касающегося правил организации деятельности оздоровительных учреждений, в том числе рекомендуемых штатных нормативов, методического сопровождения и обеспечения необходимым оборудованием в зависимости от величины коечного фонда), ориентируя их на решение задач не только отдыха граждан, но и грамотного проведения оздоровительных мероприятий по здоровьесбережению на профессиональном уровне.

Это позволит в целом сместить в оптимальном варианте акценты с чисто медицинских, лечебных мероприятий на профилактические, оздоровительные, получив в результате значимый вклад в общее дело сохранения и укрепления здоровья граждан России.

Затем определить оптимальную схему взаимодействия всех структурных элементов указанной системы между собой, а также с организациями системы здравоохранения.

Важными элементами организационной составляющей должны стать решения вопросов кадрового, методического (разработка научно обоснованных стандартов и критериев оздоровительных технологий) и материального обеспечения системы оздоровления, разработка маршрутизации нуждающихся в оздоровлении категорий населения в целях достижения наиболее эффективного результата в здоровьесбережении.

Третье. Разработка и обеспечение схемы стабильного и достаточного финансирования деятельности системы оздоровления за счет привлечения всех возможных источников финансовых средств, руководствуясь соображениями высокой экономической эффективности оздоровительных мероприятий.

Каждое мероприятие Плана должно быть согласовано с конкретными исполнителями, иметь установленный срок реализации и необходимый для этого финансовый ресурс.

В конечном итоге Стратегия должна быть утверждена распорядительным документом Правительства Российской Федерации.

— Первоосновой эффективной реализации технологий восстановительной и курортной медицины в рамках здоровьесбережения, сохранения трудового потенциала и продления жизни населения Российской Федерации, а следовательно, реализации целей и целевых показателей Указа является обновленная модель «реструктуризированных центров здоровья» и их взаимосвязи с санаторно-курортными организациями на территории всей Российской Федерации, которая позволит собирать обширную доклиническую информацию путем экспресс-диагностики больших масс населения и таким образом держать под контролем и непрерывно мониторить текущий уровень потенциала национального здоровья. Таким образом, будут реализованы задачи, цели и целевые показатели, поставленные в п. 3 и п. 4 Указа.

— Для организации этого звена необходимо насытить уже существующие центры здоровья методами современной экспресс-диагностики функционального состояния организма отечественной разработки, уже прошедшими сертификацию Министерства здравоохранения Российской Федерации.

— Такая национальная мониторинговая система позволит целенаправленно применять все инновационные технологии курортной и восстановительной медицины для здоровьесбережения и эффективно

сформировать маршрутизацию пациентов для расширения оздоровительных услуг в существующих санаторно-курортных и оздоровительных организациях.

— К сети «реструктуризированных центров здоровья» необходимо добавить программный продукт, основанный на едином реестре санаторно-курортного комплекса России. Это позволит ранжировать в рамках единой электронной базы все имеющиеся лечебно-профилактические и санаторно-курортные мощности РФ по клиническому уровню и спектру лечебных и оздоровительных мероприятий.

— Взаимодействие организаций, участвующих в здоровьесбережении.

— Медицинские организации Минздрава России (клиники, поликлиники, специализированные медицинские центры).

— Предприятия различной экономической формации (государственные/частные).

— Санаторно-курортные организации.

— Клиники управления здоровьем.

— Пилотные проекты по здоровьесбережению (бесплатная диагностика и адресная маршрутизация).

Методология функциональной восстановительной медицины включает предикативную, профилактическую, персонализированную и партнерскую медицину.

Постановка задачи в следующем:

1) объективизация информации о состояния здоровья населения;
2) оперативный контроль состояния здоровья населения;
3) адресность медицинской помощи;
4) прицельное расходование средств;
5) повышение привлекательности социальной программы санаториев и центров здоровья;
6) создание новых ценностей;
7) опережающее предложение новых сервисов для пациентов и бизнеса;
8) условия для развития и масштабирования;
9) возможности широкой монетизации.

Важно отметить, что внедрение данного элемента управления здоровьем приведет к тому, что в клиники начнут поступать пациенты с первичными, а не с запущенными стадиями хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), что в свою очередь повлияет на эффективность лечения, снизит его себестоимость и повысит показатели статистики Минздрава России.

Наконец, давно пора оценить и укрепить роль, которую могла бы играть курортология и восстановительная медицина в здоровьесбережении.

Курортология является несомненным достижением медицинской науки. Эффективность применения на практике разработанных новых лечебных методик подтвердила правильность научных достижений. В свою очередь, курортная практика внесла свои дополнения и коррективы, результатом чего стали существующие показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению, подготовка нормативно-правовых документов, приказов Минздрава СССР и РФ, создание системы восстановительного лечения и медицинской реабилитации в условиях санаториев.

Проведенные исследования позволяют с уверенностью говорить об определенном прогрессе в развитии курортологии на современном этапе.

Курортология включает следующие направления: бальнеология, бальнеотерапия, бальнеотехника, грязелечение, биоклиматология человека, климатотерапия, организация, планировка и строительство курортов.

Успехи в изучении тонких механизмов действия природных, преформированных физических факторов, рациональной фармакотерапии и их сочетаний открывают новые перспективы восстановительной медицины в области разработки инновационных технологий курортного лечения сложных нозологических форм.

И все же **достижения отечественной курортологии не снижают актуальности дальнейших научных исследований в этой области медицины**. Это диктуется следующими основными обстоятельствами.

Новый уровень диагностической техники изменил некоторые представления о патогенезе и прогнозе заболеваний, а также об эффективности лечебных вмешательств.

Использование современных методов исследований и научных разработок в области органической химии, биологии, физической химии, биофизики, хроматографии и технологических линий могут расширить наши представления о механизмах действия методов пелоидотерапии и минеральных вод, подвести к мысли о **создании комбинаций различных природных лечебных факторов**, оптимальных для лечения конкретной болезни конкретного пациента, т.е. создавать **индивидуализированные «идеальные» грязи и воды** и методики их применения.

В конце XX века сформировалась научная концепция охраны здоровья здорового человека, в соответствии с которой здоровье является фактором национальной безопасности и социального свойства личности. Приоритеты профилактического и превентивного направлений отечественной медицины стимулировали в конце XX столетия разработку нового направления медицинской науки — восстановительной медицины.

Сегодня исследователи выделяют несколько составляющих (компонентов) восстановительной медицины:

— эколого-гигиенические: оценка и формирование безопасной и благоприятной среды обитания, разработка методов профилактики влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье (личная и общественная гигиена);

— медицинские: разработка и внедрение инновационных методов оценки здоровья и восстановительных технологий;

— психофизические: коррекция когнитивных расстройств, повышение адаптации человека к воздействиям внешней среды, уровня профессиональной адаптации и функциональной надежности.

В отечественном здравоохранении инновационные восстановительные технологии внедряются медленно из-за наличия междисциплинарных барьеров, к которым относят:

— невысокий уровень использования результатов фундаментальных исследований;

— отсутствие системы применения эффективных восстановительных технологий, учитывающих лучший мировой опыт (например, наносистем биомониторинга населения, активной виртуальной реальности и др.) и основанных на атрибутах доказательной медицины;

— декларативность и отсутствие нормативных актов, стандартов, клинических рекомендаций регулирующих организацию и реализацию восстановительных технологий и оздоровительного отдыха;

— низкий уровень диверсификации отечественных разработок по инновациям развития менеджмента и консалтинга в восстановительной и курортной медицине;

— отсутствие научно обоснованных стандартов и критериев оценки результатов применения восстановительных технологий;

— отсутствие технологий обучения населения здоровому образу жизни.

Преодоление междисциплинарных барьеров позволит обеспечить повышение ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения Российской Федерации (п. 3а Указа), а также создаст условия для внедрения инновационных восстановительных медицинских технологий (п. 4б Указа Президента РФ от 07.05.18).

С целью определения приоритетных и эффективных исследований в научном обеспечении реализации стратегии здоровьесбережения необходимо продолжить фундаментальные научные исследования механизмов воздействия на организм человека лечебных физических факторов, направленные на разработку эффективных технологий восстановления и повышения функциональных резервов организма.

Сконцентрировать активные научные исследования восстановительной и курортной медицины на:

— изучение молекулярных, биоинформационных и генетических основ механизмов действия физических факторов;

— разработке инновационных восстановительных технологий, основанных на достижениях электроники, биоинформатики и робототехники;

— формировании блока стандартов и рекомендаций по применению доказательных восстановительных технологий при конкретных заболеваниях и состояниях;

— организации научно обоснованной системы обучения населения;

— здоровом образе жизни и привитии культуры здоровья.

Реализация этих действий позволит обеспечить повышение ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения Российской Федерации (п.3а Указа), а также обеспечить внедрение инновационных медицинских технологий (система ранней диагностики состояния здоровья пациентов, п. 4б Указа).

Содержание

О достижении национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 г. в части влияния санаторно-курортного оздоровления, восстановительного лечения и медицинской науки на здоровьесбережение населения
Разумов А.Н. 5

Системные ошибки проектов Федерального закона №555658-6, приводящие к утрате курортного дела в России
Разумов А.Н., Адилов В.Б., Львова Н.В., Морозова Е.Ю., Писковцева И.П. 22

Гипокситерапия послеродового тиреоидита
Абазова З.Х., Борукаева И.Х. 28

Опыт использования УВТ терапии при стандартизированном санаторно-курортном лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата в условиях санатория
Аверин С.О., Шишина Е.В.. 28

Анализ эффективности методов диагностики и коррекции состояний, связанных с утомлением, при проведении медико-психологической реабилитации в условиях санатория
Авершин В.А., Горпинюк Ю.П., Еременко Т.А., Карагодина О.В., Кузнецов В.М. 30

Опыт применения ударно-волновой терапии при заболеваниях костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата в комплексном санаторно-курортном лечении
Авершин В.А., Бицадзе А.Н., Кузнецов В.М., Карагодина О.В., Горпинюк Ю.П. 30

Перспективы применения методов традиционной медицины в области мужской сексопатологии
Агасаров Л.Г., Разумов А.Н., Бокова И.А. 31

Развитие термального кластера Белокуриха
Акимов О.С. 31

Перспективы реабилитации детей с застарелыми повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти
Александров А.В., Львов Н.В., Палинкаш А.М., Гончарук П.В., Александрова Н.Е. 32

Способ коррекции нарушений поведения при экспериментальном десинхронозе в условиях светодиодного освещения в диапазоне длин волн 360—460 нм
Александрова Н.П., Гизингер О.А., Карандашов В.И., Огнева О.И. 33

Применение фотогемотерапии при лечении алкогольной зависимости
Александрова Н.П., Дронова Т.Г., Карандашов В.И. 33

Фотогемотерапия как метод коррекции вязкости крови
Александрова Н.П., Карандашов В.И. 34

Динамика артериального давления у пациентов с дисфункцией гипоталамуса пубертатного периода под влиянием комплексного лечения, включающего физические факторы
Андреева И.Н., Акишина И.В., Точилина О.В., Касимова Н.М. 34

Аквадинамические тракции позвоночника у пациентов пожилого возраста в терапевтическом бассейне с минеральной водой
Андрияшек Ю.И., Суслова З.В 35

Необходимость повышения качества обслуживания посетителей с ограниченными возможностями на предприятиях сферы гостеприимства
Антонова А.Б. 36

Применение методик мануальной терапии в комплексном лечении больных с заболеваниями позвоночника
Ануфриев А.Ю., Муллабаев Р.Ф. 37

Немедикаментозные методы лечения лимфедемы нижних конечностей
Апханова Т.В., Кульчицкая Д.Б., Кончугова Т.В. 38

Низкочастотная импульсная электротерапия как метод прегравидарной подготовки у пациенток с «тонким» эндометрием как следствием хронического эндометрита в протоколах ЭКО
Астафьева Е.К., Силантьева Е.С., Овчинникова М.М., Камилова Д.П., Кутакова Ю.Ю., Курцер М.А. 38

Элиминационная терапия поллинозов на приморских курортах Крыма
Беляева С.Н., Пирогова М.Е., Ковтуненко И.Н. 39

Эффективность реабилитации больных хронической дорсалгией при применении суховоздушных тепловых ванн с высокодисперсным аэрозолем водного экстракта пантового концентрата
Бобрик Ю.В., Александров В.В., Шпаковский В.Н. 40

Парадигма дифференцированного комплексного восстановительного лечения больных хроническими дорсалгиями
Бобрик Ю.В., Мороз Г.А. ... 40

Механизмы антиоксидантной активности курсового применения озонотерапии у больных хроническим генерализованным пародонтитом
Бобровницкий И.П., Нагорнев С.Н., Рябцун О.И., Фролков В.К., Яковлев М.Ю. ... 41

Отдаленные результаты курсового применения озонотерапии в сочетании с транскраниальным воздействием переменного магнитного поля у больных хроническим пародонтитом
Бобровницкий И.П., Нагорнев С.Н., Рябцун О.И., Фролков В.К., Яковлев М.Ю. ... 42

Физиологические критерии регламентации тепловой нагрузки у спортсменов в гипертермических условиях сауны
Богомолова М.М., Куропаткина Н.А., Сентябрев Н.Н., Камчатников А.Г., Грошев В.В. ... 42

Особенности реакции сердечно-сосудистой системы спортсменов в гипертермических условиях сауны
Богомолова М.М., Федотова И.В., Таможникова И.С., Бочаров А.В. ... 43

Эффективность применения фармакопунктуры в комплексной коррекции сочетанного кохлеовестибулярного синдрома
Болдин А.В. ... 44

G/A-полиморфизм гена *EPAS1* у единоборцев с различной спортивной квалификацией
Бондарева Э.А., Шаройко М.В., Турова Е.А. ... 44

Объективная оценка функционального состояния мышечных групп пояснично-крестцового отдела позвоночника у здоровых лиц
Бородулина И.В., Чесникова Е.И., Мухина А.А., Марфина Т.В. ... 45

Правовые аспекты реабилитации детей-инвалидов с детским церебральным параличом в условиях санаторно-курортного лечения
Борукаев А.М., Борукаева Л.А., Шибзухова Л.А. ... 46

Интервальная гипокситерапия и энтеральная оксигенотерапия в лечении больных ишемической болезнью сердца
Борукаева И.Х., Абазова З.Х., Рагимбекова М.Р. ... 46

Инактивация вирусов на поверхностях и в воздухе при помощи кластерных образований щелочных металлов из красного сильвинита
Бохан А.Н., Владимирский Е.В., Горбунов Ю.В., Разумов А.Н., Шкляев А.Е. ... 47

Оздоровление студентов с астеническим синдромом средствами атлетической гимнастики в процессе физического воспитания
Бударников А.А., Козлов А.В. ... 48

Система управления качеством и безопасностью медицинской помощи в санаторном учреждении
Булашова О.В., Мурзаева Н.А., Сибгатуллина А.Н. ... 49

Применение методов психотерапии для лечения депрессивных расстройств климактерического периода
Бычкова А.С. ... 49

Импульсная низкочастотная магнитотерапия при заболеваниях детского возраста
Вахова Е.Л., Микитченко Н.А. ... 50

Здоровьесберегающие технологии, применяемые в комплексном санаторно-курортном лечении в АО санаторий «Алтай»
Викторова Е.В. ... 50

Опыт санаторно-курортного лечения детей, больных сахарным диабетом в ФГБУ «Санаторий им. М.И. Калинина» Минздрава России
Водянкина С.А., Петрова В.А., Подгорная Г.И., Дуленко С.А. ... 51

Анализ состояния здоровья детей, прибывших из зоны экологической катастрофы (Армянск)
Гаврилова О.Ф., Курганова А.В., Цюпко И.В. ... 52

Разработка лечебных комплексов в санаторно-курортном лечении девочек с гинекологическими заболеваниями
Гармаш О.И., Попова Е.В., Витринская О.Е., Мельникова Е.Н., Гаврилова О.Ф. ... 52

Влияние санаторно-курортного лечения на показатели провоспалительных цитокинов, протеолиза и функции эндотелия у детей с ювенильным ревматоидным артритом
Гармаш О.И., Алиев Л.Л. ... 53

Возможности физиотерапии в лечении гинекологической патологии у девочек
Геворкян Г.А., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Асланян К.О., Голубева О.Н., Кругляк Д.А., Новикова Е.В. ... 54

Исследование влияния люминесцентного и светодиодного освещения с температурой 2300 к на активность фагоцитирующих клеток периферической крови в экспериментальных условиях
Гизингер О.А., Долгова В.И., Мамылина Н.В., Семченко А.А., Бобин С.А., Лакницкая А.О. 54

Физиотерапия в реабилитации бронхиальной астмы с сопутствующей патологией органов пищеварения
Голдобина Л.П., Ирха Г.Р., Столярова Т.В., Абдюкова Э.Р., Атнагулова Э.Р. 55

Безоперационное лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника с применением аппаратов DRX9000 и DRX9500
Головина Т.В., Метелкина Л.П., Пронин И.Н. 56

Экспертная оценка влияния препарата рексод на функциональные возможности организма высококвалифицированных спортсменов
Голобородько Е.В., Петрова В.В. 56

Восстановление межпозвонковых дисков и лечение межпозвонковых грыж по методу внутренней локальной декомпрессии DRX в сочетании с технологиями нетракционного характера
Головина Т.В., Разумов А.Н., Величко Б.Я. 57

Восстановление межпозвонковых дисков и профилактика дорсопатий с применением аппаратов DRX9000 и DRX9500
Головина Т.В., Метелкина Л.П., Пронин И.Н. 60

Интерактивная онлайн-программа самопомощи как инструмент для выполнения домашних заданий в когнитивно-поведенческой психотерапии
Голубев М.В., Харитонов С.В., Гозулов А.С. 60

Диагностика висцерального ожирения у пациентов со стеатозом печени и поджелудочной железы при нормальной массе тела с помощью двухнергетической рентгеновской абсорбциометрии (stratos)
Голубева Т.И., Трошина И.А., Медведева И.В., Шишина Е. В., Аверин С.О. 61

Евпатория — современный бальнеогрязевой курорт
Голубова Т.Ф. 62

Влияние бальнеотерапии на динамику маркера церебральной ишемии белка S-100 у детей с расстройствами аутистического спектра
Голубова Т.Ф., Цукурова Л.А., Власенко С.В. 63

Влияние занятий дартсом на психофизиологические характеристики
Гонсалес С.Е., Чумаков А.А. 63

Динамика показателей двигательных способностей студентов
Гонсалес С.Е. 64

Радоновые воды и новые технологии в реабилитации профессиональных заболеваний суставов
Гордеева Р.В., Кузьменко О.В., Киреева Л.Н. 65

Методы реабилитации профессиональной хронической обструктивной болезни легких
Гордеева Р.В., Кузьменко О.В., Мартынова Е.А. 65

Пелоидотерапия в вертебрологии
Горелова Н.А., Матасова М.М., Урусова И.И., Фокина О.А. 66

Динамика выраженности симптомов нарушения сна у больных с хронической инсомнией на фоне комплексного санаторно-курортного лечения с включением транскраниальной магнитотерапии
Горяев А.Г., Кулишова Т.В. 66

Психологическая помощь на этапах реабилитации больных раком гортани
Грушина Т.И., Ткаченко Г.А. 67

Нарушения структур и функций, связанных с движением верхней конечности, у больных раком молочной железы
Грушина Т.И., Орлов И.И. 68

Совершенствование методов оценки состояния здоровья и качества жизни у онкологических пациентов
Грушина Т.И., Олжаев С.Т., Хегай Б.С. 68

Физические факторы на первом этапе реабилитации детей с лимфомами
Грушина Т.И. 69

Особенности эмоциональной сферы пациентов травматолого-ортопедического профиля на амбулаторном этапе реабилитации
Губейдулина Т.А., Родыгина Ю.К. 70

Ранняя комплексная реабилитация пациентов после онкологического эндопротезирования крупных суставов
Демина М.Н., Грушина Т.И., Тепляков В.В. 70

Программа «Детокс-эффект» — необходимость применения в современных условиях жизни
Добряков Е.В., Иванова Е.А. 71

Применение озон-ультразвуковой технологии в лечении хронического тонзиллита, атрофического фарингита
Дороничева И.В. 72

Реабилитация больных с болезнями органов дыхания на южном берегу Крыма
Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Кожемяченко Е.Н., Масликова Г.Г., Ковальчук С.И. 72

Качество жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в процессе физической реабилитации
Евдокимова Т.А., Юрков И.В., Черныш Н.В. 73

Физическая реабилитация подростков с онкогематологической патологией
Евдокимова Т.А., Соломкина Н.Ю., Черныш Н.В., Шевченко А.А. 74

Ключевые исторические этапы развития крымской курортологии
Ежов В.В. 74

Влияние санаторно-курортной реабилитации на клинико-функциональное состояние детей с врожденными пороками сердца
Елисеева Л.В. 75

Кинезиотерапия — как активный метод восстановления после травм с повреждением спинного мозга
Журавель Т.В., Прокопьева М.С. 75

Сравнительные показатели развития мышц брюшного пресса студенток РУДН
Журавлева Ю.С. 76

Влияние дефицита магния на формирование функционального запора у детей
Захарова И.Н., Творогова Т.М., Степурина Л.Л., Елезова Л.И., Шмаков Н.А. 77

Опыт мультидисциплинарного подхода как основного организационно-технологического элемента лечения пациентов с тяжелой производственной травмой в ФБУ ЦР ФСС РФ «Тараскуль»
Захарченко Н.М., Леушина Г.И. 77

Лечение и реабилитация сотрудников органов внутренних дел, перенесших острый коронарный синдром
Золотухин Н.Н. 78

Корреляционный анализ показателей при ишемической болезни сердца
Золотухин Н.Н. 79

Эффективность сочетанного применения бальнеогрязелечения и экстракорпоральной магнитной стимуляции нервно-мышечного аппарата тазового дна в условиях санатория «Бакирово»
Ибрагимов М.Ф., Шамсутдинов И.Ф., Шамсутдинов З.В. 79

Применение природно-лечебных факторов санатория «Бакирово», обкалывания озоно-кислородной смесью и пантовых ванн в лечении диабетической полинейропатии
Ибрагимов Ф.И., Миникаева Г.Р. 80

Фенотипические особенности хронической обструктивной болезни легких и реабилитация больных
Иванов А.Л., Орлов М.А., Орлова Е.А., Касимова Н.М., Орлов М.М. 81

Обоснование эффективности приема ванн при ишемической болезни сердца
Иванова Е.А., Добряков Е.В., Абдрасулова О.В. 81

Применение сухих углекислых ванн на санаторно-курортном этапе реабилитации пациентов с хроническими ишемическими заболеваниями коронарных и церебральных сосудов
Иващенко А.С., Мизин В.И., Ежов В.В., Царев А.Ю., Ежов А.В., Платунова Т.Е. 82

Рекреационный и реабилитационный потенциал курортов Крыма в решении актуальных задач охраны здоровья
Иващенко А.С., Мизин В.И., Ежов В.В., Ярош А.М., Пьянков А.Ф. 83

Профилактическая физиотерапия у юных девушек после искусственного прерывания первой беременности
Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Геворкян Г.А., Кубицкая Ю.В., Кругляк Д.А., Микитченко Н.А. 83

Повышение эффективности подготовки легкоатлетов на основе релаксационной подготовки
Камчатников А.Г., Сентябрев Н.Н., Богомолова М.М., Чемов В.В., Манжела М.В., Попов М.Ю. 84

Опыт применения локальной воздушной криотерапии в комплексном санаторно-курортном лечении больных с заболеваниями позвоночника
Карагодина О.В., Горпинюк Ю.П., Подопригора И.А. ... 85

Терапевтическая роль низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
Караева А.А., Бородина Н.В. ... 85

Динамика показателей функции внешнего дыхания у студентов со сколиозом в процессе занятий физической культурой
Кетлерова Е.С., Коданева Л.Н. ... 86

Медицинская реабилитация в санаторно-курортном комплексе Вооруженных Сил Российской Федерации
Кирсанова А.А., Долгих С.В., Пономаренко Г.Н. ... 86

Применение ударно-волновой терапии в процессе медико-психологической реабилитации в филиале «Санаторий «Аврора»
Клементьев А.А., Мельник Е.А. ... 87

Опыт применения радиальной комплексной ударно-волновой терапии в лечении пяточной шпоры в сочетании с плантарным фасцитом на санаторно-курортном этапе
Княжище А.Н. ... 88

Опыт применения реабилитационного тренажера «TERRA-laif RT-300» у больных ишемическим инсультом на иркутском курорте «Ангара»
Князюк О.О., Козлов А.В., Абрамович С.Г. ... 88

Об особенностях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по новым требованиям в ФГБУ ДС «Васильевское» Минздрава России
Ковальчук Л.В., Ильина С.В. ... 89

Состояние здоровья студентов специальной медицинской группы при дополнительной витаминизации
Коданева Л.Н., Кетлерова Е.С. ... 89

Эффективность немедикаментозной терапии поляризованным светом у пациентов с бронхолегочной дисплазией
Конова О.М., Давыдова И.В. ... 90

Опыт применения физических факторов в комплексном лечении детей с мукополисахаридозами
Конова О.М., Петельгузова Т.Г., Кузенкова Л.М. ... 91

Клинический опыт применения ударно-волновой терапии у пациентов с эректильной дисфункцией
Кончугова Т.В., Кульчицкая Д.Б., Кияткин В.А. ... 92

Актуальные аспекты лазерной терапии в медицинской реабилитации
Кончугова Т.В., Кульчицкая Д.Б. ... 92

Динамика приверженности лечению у больных артериальной гипертонией на фоне образовательных программ в условиях санатория
Корвякова О.П., Коснырева Е.Н., Кулишова Т.В. ... 93

Пелоид на основе гидрозоля активированного торфа
Косолапова Н.И., Мирошниченко О.В., Володина О.В. ... 93

Феномен «горя» в работе психолога с родственниками больных, перенесших инсульт
Котельникова А.В., Кукшина А.А., Гозулов А.С., Рассулова М.А. ... 94

Посттравматический стресс у родственников больных, перенесших инсульт
Котельникова А.В., Кукшина А.А., Турова Е.А. ... 94

Влияние иглорефлексотерапии на картину красной и белой крови у пациентов с длительным табакокурением
Кошелев А.И., Трушина Н.Ю. ... 95

Возможности иглорефлексотерапии в купировании болевого синдрома у пациентов после тотального эндопротезирования суставов в условиях курорта
Кощеева Е.А., Соколова Р.Р. ... 96

Оздоровительные эффекты технологий целостно-лечебной биомеханики и тренирующих поясов-корсетов, актуальность их внедрения в охрану здоровья и для активного долголетия в соответствии с национальными проектами
Крайнов Г.И., Вартбаронов Р.А. ... 96

Новый подход к лечению аплазии влагалища у девочек-подростков
Кругляк Д.А., Ипатова М.В., Буралкина Н.А., Батырова З.К. ... 97

Медицинская реабилитация второго этапа в филиале «Клинический санаторий «Волга» Федерального государственного бюджетного учреждения «Санаторно-курортный комплекс «Приволжский» Министерства обороны Российской Федерации
Крупнов М.Г. 98

Вариантная климатотерапия в эффективности медико-психологической реабилитации
Кузнецов В.М., Клементьев А.А., Шабалин А.Е. 98

Терапевтические эффекты мезодиэнцефальной модуляции у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа
Кузьминов Г.Г. 99

Метаболические эффекты мезодиэнцефальной модуляции у пациентов с диабетической полинейропатией
Кузьминов Г.Г. 100

Актуальные проблемы санитарной (горно-санитарной) охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов Крыма
Куклин Д.Н., Писковцева И.П. 100

Валидизация опросника «Шкала Тампа» на когорте пациентов с нарушением двигательных функций
Кукшина А.А., Котельникова А.В., Гозулов А.С., Рассулова М.А. 101

Основные методы психокорреционной работы у пациентов с кинезиофобией
Кукшина А.А., Котельникова А.В., Турова Е.А. 102

Эффекты аэрофитотерапии при реабилитации больных с шизофренией
Кулинченко А.В., Бобрик Ю.В. 103

Здоровьесбережение работающих женщин — стратегическая задача государства
Кулов С.А., Морозов П.Н., Кошелева И.В. 103

Применение интервальных гипоксических тренировок и углекислых ванн в корреции микроциркуляторных нарушений у пациентов с переутомлением
Кульчицкая Д.Б., Кончугова Т.В., Уянаева А.И. 104

Применение немедикаментозных методов лечения у больных диабетической полинейропатией
Кульчицкая Д.Б., Кончугова Т.В., Турова Е.А. 104

Эффективность комплекса восстановительной терапии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких с энцефалопатией на санаторно-курортном этапе реабилитации
Кунцевская И.В., Бобрик Ю.В., Кушнир Г.М. 105

Санитарные правила и нормы организации округов санитарной (горно-санитарной) охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов России
Курочкин В.Ю., Федоров А.А., Хорошавина Е.И., Наумова Ю.А. 106

Анализ дефектов при отборе пациентов для санаторно-курортного лечения на досанаторном этапе на примере Федерального государственного казенного учреждения «Санаторно-курортный комплекс «Крымский» Министерства обороны Российской Федерации
Куцуренко С.А., Коломыцев А.Ю., Маленко А.П., Тюкина А.К., Пивоваров А.И., Мищук В.Д. 106

Применение низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона в режиме постоянно меняющейся частоты в медицинской реабилиации детей с хроническим тонзиллитом
Куянцева Л.В., Беккетова В.В. 107

Применение поляризованного света в комплексной медицинской реабилитации детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца
Куянцева Л.В., Калинина О.И. 108

Физические факторы в структуре помощи детям и подросткам с онкопатологией на этапе санаторно-курортного лечения
Лаврик Н.П., Стрелкова Т.В., Плисецкая В.Ю., Соломкина Н.Ю., Евдокимова Т.А., Шевченко А.А., Черныш Н.В. 108

Динамика психологического состояния детей с псориазом в процессе комплексной реабилитации
Лазуренко С.Б., Конова О.М., Свиридова Т.В., Мурашкин Н.Н. 109

Влияние санаторно-курортного лечения в санатории «Курпаты» (Республика Крым) на качество жизни пациентов с заболеваниями органов дыхания
Лузина Е.В., Богдан Е.Н., Кириченко Н.Г., Ларева Н.В., Иванова Н.Д., Фахретдинов А.О. 110

Сумма макрокомпонентов минеральных вод и ее значение в эффективности лечения пациентов кардиологического профиля
Львова Н.В., Адилов В.Б., Тупицына Ю.Ю., Уянаева А.И., Морозова Е.Ю. 111

Актуальность стратегии региональной программы развития санаторно-курортного комплекса евпаторийского курорта
Любчик В.Н. 112

Ближайшая медицинская результативность санаторно-курортного этапа реабилитации у детей с пролапсом митрального клапана в условиях евпаторийского курорта
Любчик В.Н., Курганова А.В., Семеняк Е.Г. 113

Немедикаментозные здоровьесберегающие технологии в коррекции модифицируемых факторов риска у лиц молодого возраста
Лямина Н.П., Лямина С.В. 113

Хлебобулочные изделия для гипокалорийной диеты пациентов с избыточной массой тела
Лямина Н.П., Неповинных Н., Куценкова В.С. 114

Эффективность применения белкового кислородного коктейля в диетотерапии пациентов кардиологического профиля
Лямина Н.П., Неповинных Н.В., Семина А.И. 114

Применение селективной хромотерапии на санаторно-курортном этапе медицинской реабилитации детей с бронхиальной астмой
Лян Н.А., Хан М.А., Рассулова М.А., Филатова Т.А., Калиновская И.И. 115

Применение импульсной низкочастотной магнитотерапии у детей с бронхиальной астмой
Лян Н.А., Хан М.А., Рассулова М.А., Калиновская И.И. 116

Продвижение платных медицинских услуг в санаторно-курортных учреждениях
Мазитов Ф.Х., Гильмутдинова Л.Т., Зайнуллин Т.Р. 116

Красноусольские минеральные воды в лечении больных с избыточной массой тела
Мазитов Ф.Х., Гильмутдинова Л.Т., Кульманова В.Ф. 117

Организация первичного приема в санаторно-курортных учреждениях
Мазитов Ф.Х., Гильмутдинова Л.Т., Павлова С.Ю. 118

Значение природных факторов санатория «Красноусольск» в лечении заболеваний дыхательной системы
Мазитов Ф.Х., Гильмутдинова Л.Т., Павлова С.Ю. 119

Организация ЛФК в ООО Санаторий «Красноусольск»
Мазитов Ф.Х., Гильмутдинова Л.Т., Фаизова Л.М., Павлова С.Ю., Зайнуллин Т.Р. 119

Специализированные тренировки после эндопротезирования суставов нижних конечностей
Макарова М.Р., Колесников А.И., Митрошкина Е.Е., Панкратьев АА., Ксенофонтова И.В. 120

Применение роботизированных технологий в комплексном санаторно-курортном лечении больных детским церебральным параличом в условиях клинического санатория
Марусич И.И., Власенко С.В., Голубова Т.Ф., Пономаренко Ю.Н., Кушнир Г.М. 121

Подготовительный период пациентов перед тотальным эндопротезированием тазобедренного сустава с патологическим стереотипом ходьбы в санатории «Самарский»
Матасова М.М., Фокина О.А., Горелова Н.А., Никифоров А.В. 122

Функциональные продукты питания из винограда как перспективные лечебно-профилактические факторы для курортов Крыма 122
Мизин В.И., Иващенко А.С., Ежов В.В., Северин Н.А., Яланецкий А.Я.

Эффективность сочетанного применения природно-лечебных факторов санатория «Бакирово», обкалывания озоно-кислородной смесью и пантовых ванн, в лечении диабетической полинейропатии
Миникаева Г.Р. 123

Применение метода акустического анализа для мониторинга функции дыхания при кинезиотерапии у пациентов с бронхиальной астмой
Мокин Е.Д., Пятин В.Ф. 124

Изучение динамики качества жизни у детей с бронхиальной астмой при лечении в специализированном детском санатории
Мокина Н.А., Васильцова Е.В., Иванова В.Н. 124

Компонентный состав тела у женщин разных соматотипов
Никитюк Д.Б., Клочкова С.В., Рожкова Е.А., Погонченкова И.В., Турова Е.А. 125

Применение сухих углекислых ванн на санаторном этапе медицинской реабилитации часто болеющих детей
Никитюк Ю.В., Почкин Е.О., Хан М.А., Микитченко Н.А. *125*

Восстановительное обучение мелкомоторных функций у пациентов с ОНМК методом дополненной реальности на этапе санаторно-курортного лечения
Никишин И.И., Турова Е.А., Котельникова А.В., Гозулов А.С., Савостикова Е.Н. *126*

Применение стратегического менеджмента качества на этапе медицинской реабилитации
Норенко В.В., Комаров Г.А. *127*

Комплексный подход к оптимизации реабилитации пожилых больных хронической обструктивной болезнью легких
Орлова Е.А., Иванов А.Л., Орлов М.А., Касимова Н.М., Орлов М.М. *127*

Приверженность к лечению пациентов с ИБС на этапе санаторной реабилитации
Осипов Г.Л., Шакиров А.К. *128*

Опыт применения ударно-волновой терапии при хроническом простатите
Осипова Е.В. *128*

Принципы санаторно-курортной реабилитации спастических двигательных расстройств у больных ДЦП
Османов Э.А., Власенко С.В., Голубова Т.Ф., Пономаренко Ю.Н., Савчук Е.А., Ларина Н.В., Марусич И.И. *129*

Лучшие технологии санаторно-курортного оздоровления
Острер Е.С. *130*

Применение водных радоновых ванн различных концентраций, а также в сочетании с радиоактивными повязками с радоном и его ДПР в лечении больных остеоартритом
Панов С.В., Маршева С.И. *130*

Эффективность сочетанного применения воздушных радоновых ванн и радиоактивных повязок с радоном и его ДПР при остеоартрите
Панов С.В., Маршева С.И. *131*

Сочетанное применение радонового эманатория и радиоактивных повязок с радоном и его дочерними продуктами в лечении больных остеоартритом
Панов С.В., Маршева С.И. *132*

Об изобретении радонариума
Панов С.В., Маршева С.И. *133*

Разработка и обоснование методов профилактики и коррекции десинхроноза у спортсменов
Петрова В.В., Разинкин С.М., Петров А.А., Брагин М.А. *133*

Пелоидотерапия на основе природных лечебных ресурсов Крыма
Поберская В.А., Нагаец О.А. *134*

Витальгар кардио — новый специализированный пищевой продукт для применения в комплексной терапии больных при нарушениях сердечного ритма
Подкорытова А.В., Аветисян А.А., Шашкина И.А., Фирсакова В.Ю., Дорохова О.В. *134*

Коррекция вегетативных и двигательных расстройств в процессе реабилитации детей с церебральным параличом
Полякова А.Г., Шейко Г.Е., Бугрова Е.С. *136*

Физические циклические упражнения и тренировки в увеличении продолжительности жизни и стратегии антистарения
Пономарев В.А. *136*

Алгоритм сочетанного применения физиобальнеотерапевтических факторов с учетом интенсивности их действия и уровня физического состояния пациентов
Пономарев В.А. *137*

Генетические исследования в стратификации индивидуального риска внезапной сердечной смерти при восстановительном лечении
Пономарева Н.Ю., Митьковский С.В., Ямпольская Е.Н., Кузнецова Н.Э., Кочетков А.В. *138*

Физические методы реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца. Наукометрический анализ
Пономаренко Г.Н., Кантемирова Р.К., Свиридова Е.О., Трифанова А.Ю., Ковлен Д.В., Адхамов Б.М. *139*

Физические методы реабилитации пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: наукометрический анализ доказательных исследований
Пономаренко Г.Н., Кантемирова Р.К., Свиридова Е.О., Трифанова А.Ю., Ковлен Д.В., Адхамов Б.М. *139*

Эффективность восстановительного лечения детей с травмой нижних конечностей на различных этапах медицинской реабилитации в ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ
Почкин Е.О., Никитюк Ю.В., Хан М.А., Вахова Е.Л. 140

Опыт применения комплексной методики для лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника в условиях Санатория-профилактория «Строитель»
Пушина О.А., Никифорова Е.В. 141

Обоснование показателей функциональной готовности в спорте высших достижений
Разинкин С.М., Петрова В.В., Шулепов П.А., Брагин М.А. 141

Оценка качества и эффективности оказания лечебно-восстановительных мероприятий в условиях санатория
Разинкин С.М., Сухинин А.В., Киш А.А., Корнилова А.Э. 142

Электрогрязелечение без внешнего источника тока с использованием комбинации пелоидов
Разумов А.Н., Трапезников А.В., Тубин Л.А., Юшкин А.С. 143

Об отраслевой науке в санаторно-курортной сфере
Разумов А.Н., Лимонов В.И., Нестерова Е.В. 143

Немедикаментозные методы в медицинской реабилитации пациентов с хронической обструктивной болезнью легких
Рассулова М.А., Уянаева М.А., Ксенофонтова И.В. 144

Оценка эффективности карбокситерапии в лечении болезней опорно-двигательного аппарата
Ревчук Л.С., Сергеева Л.П., Вафин Н.С., Фатхуллина Р.Р., Агапов О.Ю., Ахмедов С.А. 145

Свершения и будущее большого пути. К 95-летию санатория «Шифалы су-Ижминводы»
Садыков А.Р., Снадина Р.М. 146

Оценка эффективности реабилитационно-восстановительных мероприятий у высококвалифицированных спортсменов по показателям физической работоспособности
Самойлов А.С., Разинкин С.М., Киш А.А., Петрова В.В., Шулепов А.А., Прудников И.А., Сапов Д.А. 146

Эффективность комплексного воздействия с применением горизонтального подводного вытяжения позвоночника в санаторно-курортном комплексе «ДиЛуч»
Севрюкова В.С., Иванова Е.А. 147

Эффективность грязелечения в санатории «Урал» для лечения хронического простатита в сочетании с аппаратом Авантрон
Селянина Г.А., Шушарина Л.В., Селянина А.А. 148

Эффективность санаторно-курортного лечения детей с патологией органов пищеварения в сочетании с атопическим дерматитом и пищевой аллергией
Селянина Г.А., Шушарина Л.В., Селянина А.А. 148

Опыт использования постизометрической релаксации с кинезиотейпированием при лечении заболеваний опорно-двигательной системы в условиях санатория.
Семенова М.Я., Шишина Е.В., Аверин С.О. 148

Влияние санаторно-курортного лечения на состояние адаптационно-компенсаторных механизмов детей с рецидивирующим бронхитом и латентной туберкулезной инфекцией
Семеняк Е.Г. 150

Лучшая водолечебница
Синюкова Н.К. 150

Комплексное лечение хронических дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата в условиях санатория
Снадина Р.М., Газизуллин И.М. 151

Опыт реабилитации больных хроническим холециститом
Снадина Р.М., Зиннатуллина Р.Р. 152

Роль реабилитационно-восстановительного лечения в сохранении профессионального здоровья работников газовой отрасли
Соколов А.В., Свинцова С.Э., Канунникова Н.А. 153

Возможности диагностики и лечения неалкогольной жировой болезни печени на реабилитационно-восстановительном этапе
Соколов А.В., Джавахов Ю.Г., Орешкина И.Е., Соколов С.А. 153

Реализация программы профилактики женских онкологических заболеваний на этапе реабилитационно-восстановительного лечения
Соколов А.В., Малыгина Е.П., Романова Л.Н. ... *153*

Эффективная программа ранней диагностики и профилактики заболеваний у работников ООО «Газпром трансгаз Москва»
Соколов А.В., Фурсова М.С., Стома А.В., Фурсова Е.А. ... *154*

Оценка эффективности комбинированного применения рефлексотерапии и лазеротерапии у детей с гипертрофией небных миндалин
Соколов А.В., Промахова Ю.В., Комиссарова Е.В. ... *154*

Метод биоакустической коррекции в условиях детского психоневрологического санатория
Соломкина Н.Ю., Юрков И.В., Головко Т.А., Сергеева И.О., Константинов К.В. ... *155*

Физические факторы в этапном сопровождении девочек с патологией репродуктивной системы и коморбидной патологией
Соломкина Н.Ю., Гуркин Ю.А., Баласанян В.Г., Пикалева Е.Ю., Плисецкая В.Ю., Акимова Т.П. ... *155*

Питание при долголетии
Сухарева И.А. ... *156*

Особенности психологической защиты у военнослужащих со сниженными адаптационными ресурсами
Сюрис Н.А., Полянин Н.А., Галкина И.В. ... *157*

Применение кондукционной криотерапии при хроническом запоре у детей
Тальковский Е.М., Новикова Е.В., Рассулова М.А. ... *157*

Санаторно-курортное лечение — эффективный элемент системы раннего выявления и коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на курорте Сочи ... *158*
Татевосов С.Э., Ничога О.И.

Северо-Кавказский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства — лидер по разработке инновационных технологий медицинской реабилитации на курортах
Тер-Акопов Г.Н., Кайсинова А.С. ... *159*

Роль работы с обращениями граждан в деле оптимизации деятельности санаторно-курортных организаций Министерства обороны Российской Федерации на примере Федерального государственного казенного учреждения «Санаторно-курортный комплекс «Крымский» Министерства обороны Российской Федерации
Терганов К.А., Федосова С.М. ... *159*

Возможности оптимизации функциональной активности ферментов ротовой жидкости у больных хроническим генерализованным катаральным гингивитом при использовании в реабилитации эфирного масла шалфея
Тимофеев И.Ю., Бобрик Ю.В. ... *160*

Частота встречаемости гемангиомы позвонка у больных с различными видами вертеброгенных болевых синдромов
Титов А.А., Грушина Т.И. ... *161*

Особенности восстановительной терапии пациентов с болезнью Паркинсона с гастроинтестинальными вегетативными расстройствами
Ткач В.В., Бобрик Ю.В., Ткач А.В. ... *161*

«Здравница Здоровья» — актуальные технологии здоровьесбережения в ЦР Тараскуль
Томина Е.И. ... *162*

Демографические тренды в Республике Крым: Настоящее, будущее
Третьякова О.С. ... *163*

Адаптивные сдвиги психологического статуса у пациентов с заболеваниями суставов при формировании биотропных погодных условий
Уянаева А.И., Харисов Н.Ф., Тупицына Ю.Ю., Ильчишина К.И. ... *158*

К вопросу о целесообразности включения климатотерапии в лечебно-реабилитационные программы санаторно-курортного лечения детей с бронхиальной астмой
Уянаева А.И., Тупицына Ю.Ю., Львова Н.В., Лян Н.А., Максимова Г.А., Чукина И.М. ... *163*

Перспективы научных исследований климата и погоды Московского региона для медицинских целей
Уянаева А.И., Погонченкова И.В., Тупицына Ю.Ю., Турова Е.А., Львова Н.В., Максимова Г.А. ... *164*

Опыт и перспективы массового оздоровления в спелеоклиматических и галоклиматических помещениях: антиастма, антиаллергия, антистресс, антистарение
Файнбург Г.З. ... *164*

Применение пневмокомпрессионной терапии в лечении двигательных нарушений в раннем восстановительном периоде ОНМК
Фокина О.А., Урусова И.И., Никифоров А.В. ... 166

Возможности гидроарома терапии в медицинской реабилитации детей на санаторно-курортном этапе
Хан М.А., Лян Н.А. ... 166

Современные возможности импульсной низкочастотной магнитотерапии в педиатрии
Хан М.А. ... 167

Принципы и современные технологии медицинской реабилитации при травмах у детей на санаторно-курортном этапе
Хан М.А., Вахова Е.Л., Александров А.В., Рассулова М.А., Тарасов Н.И., Румянцева М.В. ... 167

Современные технологии медицинской реабилитации в детской неврологии
Хан М.А., Новикова Е.В., Румянцева М.В. ... 169

Высокоинтенсивная импульсная магнитотерапия в медицинской реабилитации детей, оперированных по поводу гидронефроза
Хан М.А., Новикова Е.В., Турова Е.А. ... 169

Двигательная реабилитация недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС
Хан М.А., Дегтярева М.Г., Румянцева М.В., Микитченко Н.А. ... 169

Современное состояние и перспективы развития детской курортологии и санаторно-курортного лечения
Хан М.А., Погонченкова И.В. ... 170

Совершенствование методов оценки на основе МКФ результатов противоопухолевого лечения больных раком молочной железы
Хегай Б.С., Олжаев С.Т., Грушина Т.И. ... 170

Реабилитация детей с основными социально значимыми заболеваниями на курорте Тамиск Республики Северная Осетия — Алания
Цагараева З.Р. ... 171

Опыт применения инъекционной рефлексотерапии углекислого газа (карбокситерапия) в лечении заболеваний суставов в ФГБУ «Военный санаторий «Крым» Министерства обороны Российской Федерации
Чеботарев В.В. ... 172

Изучение комплексного влияния магнитотерапии и бальнеогрязелечения у детей с последствиями черепно-мозговой травмы
Чепурная Л.Ф. ... 172

Отдаленные результаты применения ректальных озоновых инсуффляций у пациентов с артериальной гипертензией, осложненной метаболическим синдромом
Чиркова Е.Л. ... 173

Спорные вопросы механизмов лечебного действия ректальных озоновых инсуффляций при артериальной гипертензии
Чиркова Е.Л. ... 174

Возможности лечебной физкультуры в ранней комплексной реабилитации женщин после операций на половых органах
Чистякова И.А., Ипатова М.В., Добрынина Л.А. ... 175

Лучшая грязелечебница
Шаповал А.В. ... 175

Занятия спортом и ремоделирование миокарда
Шаройко М.В., Бучнев С.С. ... 176

Физические упражнения и занятия спортом у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и атлетов из группы риска: баланс между пользой и вредом
Шаройко М.В., Турова Е.А., Бучнев С.С. ... 176

Адаптационные резервы сердечно-сосудистой системы у спортсменов различных видов спорта
Шашлов С.В., Грузинцева Ю.П., Гозулов А.С. ... 177

Морфофункциональное состояние клеток apud-системы двенадцатиперстной кишки и юкстагломерулярного аппарата почек крыс при сочетанном пероральном поступлении стронция-90 и воздействии внешнего облучения
Шашлов С.В., Гозулов А.С., Пузырева Г.А., Яковлев М.Ю., Черенков С.А. ... 177

Морфофункциональная характеристика клеток apud-системы, поджелудочной железы и эндокринной системы почек при церебральной форме острой лучевой болезни
Шашлов С.В., Гозулов А.С., Пузырева Г.А., Яковлев М.Ю. *178*

Иммуноморфологическая характеристика пролежней при травмах спинного мозга
Шашлов С.В., Пауков В.С., Салтыков Б.Б., Ермакова Н.Г. *178*

Общие закономерности развития ряда хронических воспалительных заболеваний
Шашлов С.В., Пауков В.С., Салтыков Б.Б., Ермакова Н.Г. *179*

Менеджмент в здравоохранении на примере санатория «Радуга»
Шибзухова Л.А., Водахова В.А., Борукаева Л.А. *179*

Применение полифенольных продуктов переработки винограда для коррекции оксидативного стресса при метаболическом синдроме в эксперименте
Шрамко Ю.И., Кубышкин А.В., Фомочкина И.И., Алиев Л.Л., Чегодарь Д.В., Огай Ю.А., Черноусова И. В., Таримов К.О. *180*

Опросник «сибирь» для оценки оздоровительного эффекта климато- и бальнеотерапии в санаторно-курортных учреждениях
Шумасова Ф.К., Ерохин А.Н., Шишина Е.В., Туровинина Е.Ф. *180*

Микросферотерапия как метод комплексной психофизиологической реабилитации
Шураева Е.В., Зеленцова Т.И. *183*

Психосоматический подход в санаторно-курортном лечении заболеваний эндокринологического профиля
Энгель Л.К. *183*

Диагностика и коррекция повышенной метеочувствительности у пациентов с болезнями системы кровообращения
Яковлев М.Ю., Шашлов С.В., Гозулов А.С. *184*

Современные тенденции и перспективы развития курортного дела в Российской Федерации

Здравница-2019

СИСТЕМНЫЕ ОШИБКИ ПРОЕКТОВ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА №555658-6, ПРИВОДЯЩИЕ К УТРАТЕ КУРОРТНОГО ДЕЛА В РОССИИ

Разумов А.Н.[1], Адилов В.Б.[1] (adilov.v36@mail.ru), Львова Н.В.[1], Морозова Е.Ю.[1], Писковцева И.П.[2]

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва;
[2]ООО «ГЕОМИНВОД», Москва

Законопроект №555658-6 (далее Законопроект) был внесен Правительством Российской Федерации в Государственную Думу в 2014 г. и рассмотрен в первом чтении. До настоящего времени продолжаются дебаты по содержанию и целевому назначению ряда основополагающих статей, а также их редакции.

Поскольку вопросы режимов деятельности и ограничений на территориях курортов и лечебно-оздоровительных местностей касаются многих экономических аспектов, то сталкиваются основные направления и интересы по условиям дальнейшего их существования и развития, по сохранению природных лечебных ресурсов и курортного дела страны. Все больше преобладает в условиях рынка стремление к снижению ограничительных нормативов на особо ценных территориях для реализации различных бизнес-планов.

Необходимо отметить, что Федеральный закон от 23.02.95 №26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» (далее Закон №26-ФЗ) прежде всего обобщал опыт становления и развития курортного дела в нашей стране, использовал достижения мировой курортологии и сыграл большую роль в сохранении ряда курортных территорий в 90-е годы, когда утратили силу практически все нормативно-правовые акты, регулирующие санаторно-курортное дело.

Зарождение и развитие курортного дела в России в период до революции 1917 г. происходило при постоянном руководстве и под контролем наивысшей власти страны. Например, округа и зоны санитарной (горно-санитарной) охраны курортов и лечебно-оздоровительных местностей впервые были введены в начале XVIII века с целью рационального регулирования природопользования на землях, обладающих лечебно-оздоровительным потенциалом. Понимая огромную политико-социальную и экономически высоко целесообразную значимость осуществления и развития санаторно-курортной помощи населению, декреты Революционного правительства 1918—1920 гг. в части рационального применяли положения закона о курортах, принятого Государственной Думой в 1915 г.

Закон №26-ФЗ и Федеральный закон от 14.03.95 №33-ФЗ «Об особо охраняемых природных территориях» (далее Закон №33-ФЗ), относящие курортные и лечебно-оздоровительные территории к особо охраняемым национальным достояниям, начиная с 2004 г. были подвергнуты многократным изменениям, основная и главная цель которых — упразднение ограничений в пользовании особо ценных курортных земель. В результате из закона №33-ФЗ категория земель, имеющих оздоровительное значение, исключена.

Нумерация рассматриваемого Законопроекта за эти годы неизменна, а название в процессе дебатов неоднократно менялось. В первой редакции Законопроект представлялся «О внесении изменений в Земельный кодекс Российской Федерации, Градостроительный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации», из названия которого не ясно, что все вносимые изменения касаются главным образом Закона №26-ФЗ. В феврале 2017 г. была представлена первая редакция Законопроекта для второго чтения под прежним названием, далее в 2018 г. использовалось уже два названия для различных вариантов редакций, которыми указывалась предметность вносимых законодательных изменений:

— «О внесении изменений в Федеральный закон «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» (О внесении изменений в Земельный кодекс Российской Федерации, Градостроительный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации)» (июль 2018 г.);

— «О внесении изменений в Земельный кодекс Российской Федерации, Градостроительный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации (в части регулирования земельных и градостроительных отношений применительно к территориям лечебно-оздоровительных местностей и курортов и иным территориям, обладающим природными лечебными ресурсами)» (декабрь 2018 г.).

Два первых варианта — вариант 1 (февраль 2017 г.) и вариант 2 (июль 2018 г.) Законопроекта, разработанные, по нашему мнению, специалистами, недостаточно ориентированными в основах курортологии и опыте курортного дела в целом, предусматривают целенаправленные изменения в законодательстве, регулирующем вопросы организации курортного дела в России, которые в конечном итоге приведут к существенному изменению исторически сложившихся обликов лечебно-оздоровительных местностей и курортов, к их деградации и частичному, а возможно и полному перепрофилированию. При этом четко проявляется тенденция, учитывающая интересы деятельности строительного комплекса.

Априорно отметим, Закон №26-ФЗ, действующий более 24 лет, безусловно, требует его корректировки в целях соответствия Земельному и Градостроительному кодексам Российской Федерации, а также внесения ряда изменений, учитывающих достижения современной науки.

Третий вариант — вариант 3 (декабрь 2018 г.) Законопроекта сформирован с учетом замечаний Государственно-правового управления Президента Российской Федерации, Верховного Суда Российской Федерации, Комитетов Государственной Думы и иных замечаний, поступивших из курортных регионов, экспертного и научного сообществ, а также после проведенной выездной сессии Государственной Думы на курортный регион Кавказские Минеральные Воды (КМВ). Последний вариант 3 защищает интересы общества в части сохранения природных лечебных ресурсов и охраны окружающей среды на территориях курортов и лечебно-оздоровительных местностях. К сожалению, данный вариант Законопроекта пока затерялся в кулуарах власти, поскольку он сохраняет основную направленность действующего Закона №26-ФЗ.

Более подробно остановимся на предлагаемых вариантах 1 и 2 Законопроекта, положения которых еще имеют полную возможность быть принятыми законодательно.

Основное нововведение Законопроекта вариантами 1 и 2 — отмена разграничения курортов по статусам — федеральному, региональному и местному значению, что наносит урон всей курортной деятельности страны со сформированной и действующей достаточно успешно законодательной базой на всех уровнях, распределению полномочий по курортному делу, а также создает препятствия для определения источников бюджетного финансирования, необходимого для поддержания территорий лечебно-оздоровительного назначения.

В соответствии с действующим законодательством (Закон №26-ФЗ) природные лечебные ресурсы, лечебно-оздоровительные местности и курорты являются национальным достоянием народов Российской Федерации, предназначены для лечения и отдыха населения и относятся, соответственно, к особо охраняемым объектам и территориям. Их охрана осуществляется посредством установления округов санитарной (горно-санитарной) охраны.

В Законопроекте (вариант 1 и 2) округа санитарной (горно-санитарной) охраны устанавливаются исключительно для природных лечебных ресурсов, т.е. полностью отменяются защита и сохранение территорий курортов и лечебно-оздоровительных местностей, на которых они расположены.

Но на курортах помимо природных лечебных ресурсов находятся питьевые галереи, бюветы, ванные здания, бассейны, курортные парки, а также лечебно-профилактические учреждения, санатории, курортные поликлиники и другие учреждения для лечения и отдыха. На территории курортов проводится как оказание санаторно-курортной (медицинской) помощи больным различного профиля, так и профилактика возможных заболеваний, оздоровление. Поэтому для создания благоприятных условий по лечению, восстановлению нарушенных функций организма и оздоровлению человека охране должны подлежать не только природные лечебные ресурсы, но и другие рекреационно-оздоровительные факторы для целостной защиты всей территории лечебно-оздоровительных местностей и курортов.

Поскольку территории курортов по Законопроекту (вариант 1 и 2) исключаются из зонирования округами санитарной (горно-санитарной) охраны и на них не распространяются ограничения режима природопользования, хозяйственной и иной деятельности, то законодательно позволяется размещать промышленные предприятия и другие объекты негативного воздействия на окружающую среду непосредственно в функциональных зонах санаторно-курортных учреждений.

Принятие указанной нормы приведет к застройке территорий, ныне действующих вторых зон округов санитарной (горно-санитарной) охраны курортов и лечебно-оздоровительных местностей, непрофильными объектами, в том числе и производственными. Так, например, размещение производственных объектов в непосредственной близости к курортным паркам курортов федерального значения гг. Кисловодск, Ессентуки и Железноводск однозначно приведет к снижению качества их лечебных свойств.

Определение **округа санитарной (горно-санитарной) охраны** по Законопроекту (вариант 2) — «зона с особыми условиями использования территории, которая включает земли, земельные участки, части земельных участков, обладающие природными лечебными ресурсами, водные объекты или их части, содержащие природные лечебные ресурсы, и в границах которой предусматриваются ограничения использования земельных участков, обеспечиваю-

щие сохранение природных лечебных ресурсов». Но под это определение не попадает охраняемый этим же Законопроектом лечебный климат. Кроме того, значительная часть природных лечебных ресурсов приурочена к недрам, и их разработка проводится в недрах, а не только на земельных участках.

Законопроектом принцип определения **природных лечебных ресурсов** меняется от редакции к редакции. Так, в первом чтении Законопроекта указывается, что природные лечебные ресурсы содержатся в недрах (минеральные воды, лечебные грязи и другие природные лечебные ресурсы), далее некорректно упоминается, что есть и иные природные лечебные ресурсы. При такой нечеткой трактовке выведенными из правового режима по защите оказались такие природные лечебные ресурсы и факторы, как лечебный климат; рапа лиманов и озер; акватории морей, озер, рек и других водных объектов, предназначенных для отдыха и лечебно-оздоровительных целей; пляжи водных объектов и прилегающие к ним территории, используемые для лечебных процедур на воздухе; леса, лесопарки, курортные парки и другие зеленые насаждения, имеющие лечебно-оздоровительные свойства и выполняющие санитарно-гигиенические функции. Кроме того, вводится новое понятие «природные лечебные ресурсы, **отнесенные к особо ценным**» (здесь и далее жирно выделено нами), но не раскрываются критерии для этого типа природных лечебных ресурсов.

В варианте 1 Законопроекта изменено определение природных лечебных ресурсов — «природные ресурсы, которые обладают лечебными свойствами и могут использоваться для профилактики и лечения заболеваний человека и организации отдыха населения». Оставлено понятие «природные лечебные ресурсы, отнесенные к особо ценным» все так же без пояснений. Кроме того, данная категория причисляется к **стратегическому значению** все так же без соответствующих разъяснений или ссылок на классификацию.

По варианту 2 Законопроекта «природные лечебные ресурсы — природные ресурсы и условия, которые обладают лечебными свойствами и могут использоваться для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации», т.е. исключается принцип профилактики заболеваний и оздоровления. Далее по Законопроекту в другой статье (статья 2.1, п. 2) сделана неудачная попытка еще раз определить, какие природные ресурсы подлежат охране для лечебно-оздоровительных целей — «к природным лечебным ресурсам относятся следующие виды природных ресурсов и условий: минеральные воды, лечебные грязи, рапа лиманов и озер, иные лечебные специфические минеральные ресурсы и лечебные полезные ископаемые, лечебные природные газы и пар, лечебный климат». Здесь в формулировке повторяется несколько раз, что природные лечебные ресурсы относятся к недрам, а природные условия упущены.

Законопроектом предлагается подразделять природные лечебные ресурсы **по видам и подвидам**. Но перечисленные выше Законопроектом природные ресурсы являются полезными ископаемыми, для которых существуют классификаторы по типам природных лечебных ресурсов и созданы уже соответствующие государственные реестры. Для лечебного климата распределение по видам тоже не согласуется с принятой научной систематизацией.

Достаточно странным является, что вместо внедрения принципа защиты природных лечебных ресурсов от негативного воздействия, рационального использования и воспроизводства значительная часть Законопроекта (вариант 1) уделена процедуре списания при их истощении и деградации.

По действующему законодательству о природных лечебных ресурсах в пределы **первой зоны** горно-санитарной охраны включаются лечебные пляжи водных объектов и прилегающие к ним территории, используемые для лечебных процедур на воздухе, в том числе морское побережье, а также акватории морей, озер, рек и других водных объектов, предназначенные для отдыха и лечебно-оздоровительной целей.

В соответствии с вариантом 1 Законопроекта «первая зона округа санитарной (горно-санитарной) охраны природных лечебных ресурсов устанавливается исключительно для охраны природных лечебных ресурсов, содержащихся в недрах и **расположенных в местах неглубокого залегания**». В правовое поле вводится новый термин для участков недр природных лечебных ресурсов — «**расположенных в местах неглубокого залегания**». В существующем законодательстве по недропользованию принципов отнесения месторождений подземных вод или месторождений полезных ископаемых, имеющих лечебно-профилактическую ценность, к глубокозалегающим или к неглубокозалегающим — нет, как и отсутствуют они в самом Законопроекте.

По варианту 2 Законопроекта первая зона округа санитарной (горно-санитарной) охраны устанавливается для территорий: скважин, источников, лечебных грязей, иных лечебных специфических минеральных ресурсов и лечебных полезных ископаемых, лечебных природных газов и пара; хранилищ минеральных вод и лечебных грязей; лиманов и озер, содержащих рапу. Непрофессиональным является примененный термин «хранилищ минеральных вод и лечебных грязей».

Таким образом, первую зону планируется Законопроектом устанавливать только для месторождений полезных ископаемых, что противоречит законодательству в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в

части санитарной охраны лечебных пляжей и акватории лечебно-оздоровительного и рекреационного, в том числе морского, водопользования.

Вместе с тем Законопроектом в пределах первой зоны горно-санитарной охраны не обеспечивается защита природных лечебных ресурсов даже ограниченного перечня надлежащим образом. Намечаемый режим в первой зоне противоречит требованиям в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, допуская размещение и строительство там запрещаемых объектов.

По варианту 1 Законопроекта режимом разрешается строительство и эксплуатация следующих объектов: объектов лечебно-оздоровительного, туристско-рекреационного, физкультурно-оздоровительного и спортивного назначения, предназначенных для организации отдыха и использования населением указанных природных лечебных ресурсов; сетей инженерно-технического обеспечения (за исключением очистных сооружений), необходимых для бесперебойного и качественного обеспечения населения и расположенных на соответствующей территории объектов услугами по водоснабжению и водоотведению, газоснабжению, теплоснабжению, электроснабжению.

По варианту 2 Законопроекта режимом допускаются сооружения связи, объекты благоустройства территории (детские площадки, спортивные и другие площадки отдыха), в том числе малых архитектурных форм.

В то время как Водным кодексом, санитарными правилами и нормами для питьевых подземных вод, к которым относятся минеральные лечебные воды, в пределах первой зоны запрещаются все виды строительства, не имеющие непосредственного отношения к эксплуатации, реконструкции и расширению гидроминеральной базы, в том числе прокладка трубопроводов различного назначения, размещение жилых и хозяйственно-бытовых зданий.

Пляжные участки, оставленные без охранной зоны с особыми условиями использования территории, будут незамедлительно застроены, не исключено, без систем централизованной канализации, что приведет к деградации и потере пляжных побережий крупнейших курортов. При действующем законодательстве зона строгого режима сдерживает застройку пляжей морского побережья.

Нарушением санитарного режима первой зоны является и тезис Законопроекта «В случае, если до дня вступления в силу настоящего Федерального закона в границах первой зоны округа санитарной (горно-санитарной) охраны лечебно-оздоровительной местности или курорта создан объект санаторно-курортного назначения, эксплуатация, реконструкция, капитальный ремонт такого объекта допускается при условии соблюдения нормативов в области охраны окружающей среды». Не ясно, что подразумевается под объектами санаторно-курортного назначения. Первая зона — зона строгого режима — и требует четких формулировок.

Действующим Законом №26-ФЗ на территории **второй зоны** запрещаются размещение объектов и сооружений, не связанных непосредственно с созданием и развитием сферы курортного лечения и отдыха, а также проведение работ, загрязняющих окружающую среду, природные лечебные ресурсы и приводящих к их истощению.

Законопроектом (вариант 1) вторая зона округа санитарной (горно-санитарной) охраны устанавливается для водосборных площадей, с которых осуществляется сток различных типов поверхностных вод к месторождениям природных лечебных ресурсов, их хранилищам, водным объектам. При организации второй зоны горно-санитарной охраны даже только для природных лечебных ресурсов (без санаторно-курортных территорий), которые приурочены к недрам, включаются поверхностный и грунтовый стоки, но при этом не учтены области захвата минеральных вод, области формирования природных лечебных ресурсов, не защищенные от поверхностного загрязнения участки, зоны перетоков и другие геоструктурные и гидрогеологические условия территорий.

В Законопроекте (вариант 1) осуществление хозяйственной и иной деятельности на территории второй зоны округа санитарной (горно-санитарной) охраны природных лечебных ресурсов допускается исключительно при условии соблюдения установленных нормативов и требований в области охраны окружающей среды. Таким образом, законодательно разрешаются различные виды хозяйственной деятельности, не связанные с курортным делом.

При этом указывается, что в первой и второй зонах округов санитарной (горно-санитарной) охраны не могут размещаться объекты потенциального риска по микробиологическому, химическому и радиоактивному загрязнению природных лечебных ресурсов, содержащихся в недрах и расположенных в местах неглубокого залегания. Таким образом, Законопроектом (вариант 1) учтена возможность негативного воздействия со стороны предприятий и объектов только на недра, а состояние других природных компонентов в пределах курортных территорий — воздушного пространства (химическое и физическое воздействие), водной среды, растительного и животного мира, не рассматривается. Законодательно разрешается строительство предприятий и объектов во второй зоне, не приводящих к загрязнению лечебных ресурсов (месторождений минеральных вод и лечебных грязей), но оказывающих негативное влияние на санаторно-курортные комплексы, т.е. практически все

существующие территории вторых зон курортов будут оставлены без ограничительного режима. Принятие указанной нормы приведет к возможной застройке территорий, ныне действующих вторых зон округов санитарной (горно-санитарной) охраны курортов и лечебно-оздоровительных местностей, непрофильными объектами, в том числе и производственными.

Законопроектом (вариант 2) «в границах второй зоны округа санитарной (горно-санитарной) охраны запрещается осуществление хозяйственной и иной деятельности, оказывающей негативное воздействие на окружающую среду (в том числе сопровождающейся загрязнением природных лечебных ресурсов и их истощением), а именно» и идет перечисление в подпунктах 1—6 ст. 16.2 пункт 2. При этом не учтено запрещение размещения промышленных предприятий и сельскохозяйственных объектов, скважин, представляющих опасность в части возможности загрязнения водоносных горизонтов, сброс сточных вод, а также запрещение закачки отработанных вод в подземные горизонты и подземное складирование твердых отходов.

Законодательно закрепляется охрана только недр, а другие природные лечебные ресурсы и природно-антропогенные объекты — санаторно-курортные учреждения, пляжи, курортные парки, ландшафтно-климатические условия и т.д., оставлены без охранной второй зоны. Между тем курортное дело в Российской империи, СССР, Российской Федерации складывалось таким образом, что в настоящее время объекты бальнеолечения курортов, терренкуры, питьевые бюветы и корпуса санаториев располагаются в основном в границах установленных вторых зон округов санитарной (горно-санитарной) охраны (курорты Краснодарского края, регион КМВ, курорт Старая Русса и др.).

Действующим Законом №26-ФЗ на территории **третьей зоны** вводятся ограничения на размещение промышленных и сельскохозяйственных предприятий и сооружений, а также на осуществление хозяйственной деятельности, сопровождающейся загрязнением окружающей среды, природных лечебных ресурсов и их истощением, Законопроектом это не предусмотрено.

В варианте 1 Законопроекта третья зона округа санитарной (горно-санитарной) охраны природных лечебных ресурсов устанавливается в целях охраны лесов, лесопарков, парков и других зеленых насаждений, имеющих лечебно-оздоровительные свойства и выполняющих санитарно-гигиенические функции, а также лечебного климата, ближайших областей питания и участков разгрузки минеральных вод и водосборных площадей месторождений лечебных грязей. Но уже в следующем варианте Законопроекта перечень охраняемых объектов и условий резко сокращен, в том числе климат, и оставлен только для месторождений полезных ископаемых, поскольку третья зона округа санитарной (горно-санитарной) охраны по варианту 2 Законопроекта устанавливается для ближайших областей питания водоносных горизонтов месторождений минеральных вод, лечебных грязей, лиманов и озер, содержащих рапу, месторождений иных лечебных специфических минеральных ресурсов и лечебных полезных ископаемых, лечебных природных газов и пара. Такой формулировкой оставлены без защиты курорты, включая климатические, и другие природные условия.

Но одновременно в этом же варианте Законопроекта отмечается, что для природных лечебных ресурсов, отнесенных к недрам, в границах такого округа могут выделяться до трех зон (первая, вторая, третья), в отношении которых устанавливаются различные ограничения использования земельных участков. Далее указывается, что в случае, если округ санитарной охраны устанавливается только в целях охраны лечебного климата, выделение в границах такого округа зон не осуществляется. При этом климат, как было отмечено выше, не входит в состав защищаемых природных лечебных ресурсов. Полная несуразица при намерении любым путем снизить степень охраны природных лечебных ресурсов.

В третьей зоне по варианту 1 Законопроекта появляются требования соблюдения нормативов по выбросам загрязняющих веществ, но только в атмосферный воздух, при полном отсутствии требований по соблюдению других нормативов допустимого воздействия на окружающую среду в соответствии с природоохранным законодательством, которые должны обеспечивать соблюдение нормативов качества окружающей среды с учетом природных особенностей территорий и акваторий. Вариантом 2 Законопроекта уже не предлагаются никакие требования.

Таким образом, исходя из вышеуказанного, напрашивается вывод о некомпетентном подходе Законопроекта (варианты 1 и 2) в организации зон горно-санитарной (санитарной) охраны округов — их охранного назначения, определении регламентов режимов природопользования и хозяйственной деятельности в каждой из устанавливаемых зон.

Действующим Законом №26-ФЗ определяется, что «внешний контур округа санитарной (горно-санитарной) охраны является границей лечебно-оздоровительной местности, курорта, курортного региона (района)». При установлении границ курорта, которые совпадают с границами округа, учитывается совокупность факторов развития всей территории, ее санитарно-экологическое состояние, защищенность природных лечебных ресурсов и др., что в целом позволяет более рационально и эффективно использовать потенциал территории.

Законопроектом предусматривается административный принцип установления границы курорта, т.е. если на территории административной единицы — сельского поселения, муниципального района или городского округа, расположены природные лечебные ресурсы, то вся она становится курортом. Нелогичность такого подхода особенно видна на приморских курортах, где санаторно-курортные учреждения сосредоточены в прибрежной, наиболее ценной части, а деятельность в виде виноградарства и иная хозяйственная деятельность размещаются на удалении от побережья. Для установления границ лечебно-оздоровительных местностей и курортов предлагается применять один критерий — по административным границам, который распространяет курортную сферу на всю территорию, не учитывая другие отрасли хозяйственной деятельности. Таким образом, границы курорта, совпадая с административными границами, просто автоматически распространяются на огромные площади, непригодные для развития курортной сферы и используемые по другому назначению.

Законопроектом (вариантом 1) предлагается исключить из курортного фонда Российской Федерации курортные регионы, имеющие официальный статус по отдельным указам Президента Российской Федерации и представляющие собой территории с компактно расположенными на них курортами, объединенными общим округом санитарной (горно-санитарной) охраны, что также представляется неправомерным. По варианту 2 вводятся курортные регионы, но этому определению на территории России соответствуют только КМВ. Поскольку основным критерием для формирования курортного региона является необходимость расположения в границах двух или более субъектов РФ.

По Законопроекту (вариант 2) утверждаются «описания местоположения границ округов санитарной (горно-санитарной) охраны природных лечебных ресурсов», однако с начиная 2007 г. все границы, включая особо охраняемых территорий и зон с особыми условиями, уже не описываются, а устанавливаются в соответствии требованиями Федерального Закона от 24.07.07 №221-ФЗ «О государственном кадастре недвижимости».

Подготовку графического описания местоположения границ лечебно-оздоровительных местностей, курортов, и перечня координат характерных точек этих границ следует выполнять в системе координат, используемой для ведения Единого государственного реестра недвижимости. Все эти моменты по прохождению границ округов санитарной (горно-санитарной) охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов и постановки их на кадастровый учет с внесением в Единый государственный реестр недвижимости нашли отражение в поручении Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Государственного совета от 26.08.16 №Пр-1817ГС.

Особенно ухудшится санитарно-экологическая обстановка на территориях лечебно-оздоровительных местностей и курортов в связи с предлагаемыми пунктами 8 и 9 статьи 15 в конце Законопроекта (варианта 2), которые законодательно направлены на нарушение регламентации природопользования и хозяйственной деятельности и превращают законодательную базу о природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах в простую формальность. Данными положениями разрешается (амнистируется) расположение существующих и намечаемых объектов капитального строительства, размещение которых не допускается действующим Законом №26-ФЗ в границах округов санитарной (горно-санитарной) охраны.

Необходимо отметить, что третий вариант (декабрь 2018 г.), который также может быть представлен на рассмотрение Государственной Думе во 2-м чтении, нуждается в профессиональной редакции. Отметим лишь некоторые несуразицы в тексте данного Законопроекта:

— в статье 1 понятие округа санитарной (горно-санитарной) охраны лечебно-оздоровительных местностей, курортов и природных лечебных ресурсов не может сводиться только к санитарной охране территорий на земной поверхности. Не случайно в определении округа всегда предусматривалась его горная (подземная) часть, где находятся месторождения природных лечебных ресурсов, часто подверженных техногенному воздействию;

— пункт 8 противоречит здравому смыслу: не имея установленных границ, не представляется возможным в пределах лечебно-оздоровительных местностей и курортов осуществлять какие-либо особые требования;

— статью 15^2 в Государственном реестре курортного фонда Российской Федерации необходимо переработать. В представленном виде она соответствует уровню инструкции по применению закона.

Национальная курортная ассоциация с 2014 г. и по сей день держит под постоянным вниманием процедуру прохождения Законопроекта, направляя свои замечания и поправки в Государственную Думу, и принимает участие в ряде совещаний по данному вопросу. К сожалению, мнение специалистов, работающих в курортной сфере, не находит должного внимания у разработчиков Законопроекта.

* * *

ГИПОКСИТЕРАПИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ТИРЕОИДИТА

Абазова З.Х. (zalina.abazova@mail.ru; +7(928)717-8485), Борукаева И.Х. (irborukaeva@yandex.ru; +7(928)080-7731)

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик, Россия

Послеродовой тиреоидит (ПТ) представляет собой аутоиммунную патологию, возникающую в течение первых 6—8 мес после родов. В патогенезе ПТ важное значение имеет иммунная реактивация, или феномен «рикошета», который заключается в резком увеличении активности иммунной системы после ее долгой физиологической супрессии во время беременности. Актуальной остается проблема лечения ПТ, так как тиреоидная дисфункция, вызванная ПТ, может иметь как транзиторный характер, так и трансформироваться в стойкий гипотиреоз, кроме того, назначение тиреоидных гормонов в период лактации сопряжено с определенным риском для ребенка. В качестве неинвазивного нетрадиционного метода лечения ПТ нами была выбрана гипокситерапия, повышающая компенсаторно-приспособительные возможности организма, оказывающая регулирующее влияние на деятельность основных функциональных систем, а также обладающая иммуномодулирующим действием.

Цель исследования — оценка эффективности гипокситерапии ПТ.

Материал и методы. Курс гипокситерапии прошли 58 женщин в возрасте 22—36 лет с диагнозом ПТ. Гипоксическая смесь подавалась от гипоксикатора, конвертирующего комнатный воздух в гипокическую смесь с регулируемым содержанием кислорода. Концентрация кислорода в гипоксических газовых смесях подбиралась на основании гипоксического теста и составляла 14—16%. После 15 дней гипокситерапии наблюдались определенные положительные сдвиги в иммунном статусе: отмечено увеличение количества исходно сниженных общих Т-лимфоцитов — CD3+ (с 43,2±1,22 до 68,4±2,14%) и CD8+-клеток (с 14,6±0,55 до 29,4±1,12%), уменьшение уровня исходно повышенных Т-хелперов — CD4+ (с 55,2±2,14 до 37,6±1,22%), нормализация иммунорегуляторного индекса. Исследование показателей гуморального иммунитета в динамике выявило снижение исходно повышенного количества общих В-лимфоцитов (CD20+), одновременно у большинства больных в ходе лечения констатировано уменьшение уровня сывороточных иммуноглобулинов, кроме того, снизилось содержание циркулирующих иммунных комплексов. Важно отметить, что после лечения снизилась концентрация антитиреоидных антител, повышенный титр которых и обусловливает в дальнейшем деструкцию щитовидной железы (ЩЖ) и развитие ее гипофункции при нелеченом тиреоидите. Так, титр антител к тиреопероксидазе ЩЖ снизился на 48%, а титр антител к тиреоглобулину — на 39%. Положительная динамика иммунологических показателей после курса гипокситерапии привела к регрессу явлений субклинического гипотиреоза: нормализовалось содержание в крови тиреотропного гормона гипофиза, уменьшились явления послеродовой депрессии, восстановились сон и аппетит. Гипокситерапия обладает иммуномодулирующим действием и по праву может называться средством выбора патогенетического лечения ПТ.

* * *

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УВТ ТЕРАПИИ ПРИ СТАНДАРТИЗИРОВАННОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

С.О.Аверин, Е.В.Шишина.

«Центр восстановительной медицины и реабилитации «Сибирь»» г. Тюмень

Введение: Одним из инновационных методов комплексного лечения опорно-двигательного аппарата при стандартизированном санаторно-курортном лечении является метод экстракорпоральной ударно-волновой терапии. Воздействие ударной волны способствует рассасыванию фиброзно-рубцовой ткани, уменьшению внутреннего отека и воспаления, повышения эластичности кожи за счет прорастания эндотелия сосудов и кардинального улучшения микроциркуляции. УВТ - безопасный метод амбулаторного малоинвазивного лечения опорно-двигательного аппарата. При этом, он не является противопоказанием к проведению стандартной программы санаторно-курортного лечения, не требует аналгетиков, не создает возможных рисков при правильном применении.

Актуальность: В нашем санатории ежегодно заболевания опорно-двигательного аппарата, занимают доминирующее значение и составляют в среднем 88% от общего числа всех пролеченных пациентов. Некоторые заболевания опорно-двигательного аппарата причиняют человеку ежедневный болевой дискомфорт, ухудшают качество жизни и социальную адаптацию. Классические методы и методики санаторно-курортного лечения часто не помогают снять эти боли и являются причиной ограничений в стандартизированной программе лечения из-за отказа пациента от болезненных процедур – уменьшая общую эффективность проводимых мероприятий.

Цель: Оценить эффективность влияния УВТ терапии при стандартизованном санаторно-курортном лечении на купирование болевого синдрома при заболеваниях опорно-двигательного аппарата в условиях санатория.

Материалы и методы: Лечение УВТ терапией в течение 2018 года получили 904 человека с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани. Всего отпущено процедур 2578. Средний возраст пациентов составил 32-65 лет, с соотношением по полу 1:1.

Основные нозологические формы составили:

1. Острые и хронические тендиниты плечевых суставов, в том числе кальцинированные тендиниты;

2. Мышечные боли и миофасциальный синдром в проекции позвоночника, верхних и нижних конечностей, синдром грушевидной мышцы, оссифицирующие миозиты;

3. Заболевания сухожилий и связок («синдром карпального канала», тендовагиниты сухожилий сгибателей и разгибателей кистей и стоп, ахилобурситы, стилоидиты лучезапястного сустава;

4. Эпикондилиты плечевых костей и трохантериты бедер;

5. Плантарные фасцииты стоп, пяточные шпоры;

6. Плечелопаточные периартрозы.

7. Подагра.

У данной категории пациентов в 100 % случаев выявлены:

1. Боль, отечность и ограничение объема движений в суставах за счет болевых, миогенных и десмогенных контрактур (легкой и средней степени) с ограничением амплитуды движений в суставах и сегментах позвоночного столба;

2. локальная атрофия мышц задействованного в патологический процесс сегмента;

3. нарушение опорно-двигательной и статической функции скелета (щадящая хромота, нарушение осанки, миофасциальный синдром, нарушение стереотипа ходьбы и др.).

Критерии исключения: онкологическая патология в зоне воздействия УВТ, нарушение свертывающей системы крови и прием препаратов влияющих на нее; беременность; дети; нарушение ритма сердца и наличие кардостимулятора, гнойные заболевания кожи в зоне воздействия, варикозная болезнь III-IV стадии; нервные стволы, брюшная стенка и межреберья грудной клетки.

В лечении мы использовали аппарат производства Швейцарии «StorzMedical» модель «Duolith SD1 Ultra».

Лечение проводилось по стандартной методике двумя насадками фокусной F-SW и радиарной R-SW, процедура осуществлялась1 раз в 3 дня № 4-5 в сочетании со стандартизированным санаторно-курортным лечением:

1. фокусной F-SW в режиме 0,01-0,03 МДж, 2000 ударных волн на одно поле (не более 2 полей за один сеанс), частота 5,0-8,0 Гц;

2. радиарной R-SW в режиме 1-2 бар, 2000 ударных волн на одно поле (не более 2 полей за один сеанс), 12-14 Гц.

3. Во время воздействия ударных волн, по ощущениям пациента допускались минимальные дискомфорты в зоне воздействия, но без выраженного болевого синдрома.

Результаты: При комплексном использовании УВТ терапии в сочетании со стандартным санаторно-курортным лечением заболеваний опорно-двигательной системы выявлены следующие результаты:

1. Улучшение в виде купирования болевого синдрома и восстановление функции получено у 831человек (92%), без перемен с сохранение болевых дискомфортов и ограничение функций суставов и сегментов позвоночника у 73 человек (8%).

2. В 15% от всех случаев проводимого лечения УВТ - купирование болевого синдрома достигнуто после первой процедуры;

3. При подагре на фоне острой фазы воспаления процедура давала быстрый абортивный эффект воспалительной реакции с купированием болей на 2 процедуре, лучший эффект отмечался в сочетании с разгрузочно-диетическим питанием (РДП);

4. Болевой синдром при длительно протекающих заболеваниях мышц, сухожилий и связочного аппарата после процедуры УВТ уменьшался через 6-8 часов, а регресс болей с сохранением незначительного дискомфорта лишь на 1-2 сутки после процедуры. Полное купирование болевого синдрома удавалось получить лишь после 4-5 процедуры. У 73 (8%) пациентов болевой синдром не купировался. Им после выписки рекомендовалось продолжить УВТ лечение до № 7 процедур по месту жительства с последующим обследованием у ревматолога и невролога;

5. В среднем обострение болей после первой процедуры получено у одного из 10 человек, но на 2 или 3 процедуре в большинстве случаев эти боли купировались.

6. Больший обезболивающий эффект и увеличение амплитуды движений суставов конечностей и позвоночного столба при УВТ, приносило использование классического кинезиотейпирования после процедуры на 3 дня перед следующей процедурой.

Выводы: УВТ эффективный, безопасный метод комплексного лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата с острым или хроническим болевым синдромом. При стандартном санаторно-курортном лечении позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов за счет купирования болевого синдрома. Метод при комплексном лечении усиливает эффект стандартного санаторно-курортного лечения пациентов и может быть рекомендован для широкого применения в условиях санаторно-курортных организаций.

* * *

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С УТОМЛЕНИЕМ, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Авершин В.А., Горпинюк Ю.П., Еременко Т.А., Карагодина О.В., Кузнецов В.М. (skk_sochi_mok@mil.ru; +7(8622)267-6811)

ФГБУ «Санаторно-курортный комплекс "Сочинский"» МО РФ, Сочи

Цель исследования — анализ эффективности методов диагностики и лечения при проведении медико-психологической реабилитации (МПР) продолжительностью 10 сут при утомлении I ст.

Материал и методы. Подлежали МПР продолжительностью 10 сут 25 военнослужащих, пол — мужской, средний возраст 28±7 лет, с диагнозом: утомление I ст.

Диагностическая программа МПР при поступлении и перед выпиской включала в себя: методы оценки соматического здоровья (функционального состояния), методы оценки психологического состояния. Результаты диагностической программы при поступлении: МПР рекомендовано — в 1 (4,0%) случае, МПР необходимо — в 24 (96,0%) случаях. С учетом функционального резерва и сопутствующей патологии, лечащим врачом составлялась индивидуальная лечебная программа МПР, включающая физические методы: круглосуточную аэротерапию (по слабому и умеренному режимам), гелиотерапию, душ циркулярный, душ Шарко, подводный душ-массаж, массаж, транскраниальную электростимуляцию. Дополнительно, по показаниям: нормоксическая баротерапия, низкочастотная магнитотерапия; ударно-волновая терапия, лазеротерапия, дарсанвализация, УВЧ-терапия, СМТ-форез (пелоидо-бишофито), ультрафонофорез, грязелечение, нормоксическая гипокситерапия, ингаляции травяные, аутогемоозонотерапия, лечебная физкультура: утренняя гигиеническая гимнастика, дыхательная гимнастика, занятия на тренажерах, спортивные игры (баскетбол, волейбол, настольный теннис, бильярд), ближний туризм; психотерапевтические методы: аутогенная тренировка, рациональная психотерапия.

Результаты. Результаты лечения при МПР: показатели соматического здоровья и физической работоспособности улучшились — в 25 (100%) случаях; показатели психического состояния (самочувствие, активность, настроение) пришли к показателям нормы в 25 (100%) случаях.

Вывод. Проводимые диагностические и реабилитационные мероприятия в ходе проведения МПР продолжительностью 10 сут при утомлении I ст. показали свою высокую информационную значимость и эффективность, что способствовало восстановлению соматического здоровья, физической работоспособности и психического состояния у реабилитантов в 100% случаев.

* * *

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ

Авершин В.А., Бицадзе А.Н., Кузнецов В.М., Карагодина О.В., Горпинюк Ю.П. (skk_sochi_mok@mil.ru; +7(862)241-2067)

ФГБУ «Санаторно-курортный комплекс «Сочинский» МО РФ, Сочи

Цель исследования — анализ эффективности ударно-волновой терапии (УВТ) в комплексном санаторно-курортном лечении костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы. Одним из методов лечения болевого синдрома при патологии опорно-двигательного аппарата различных локализаций является УВТ — метод экстракорпорального воздействия на костную и соединительную ткани акустическими импульсами значительной амплитуды. За период 2017—2018 гг. нами были отобраны методом случайной выборки 114 больных (81 женщина, 33 мужчины). Пациенты были разделены на две группы: группу наблюдения — 74 больных (53 женщины, 21 мужчина), получающие процедуры УВТ в комплексном санаторно-курортном лечении, и контрольную группу — 40 человек (28 женщин и 12 мужчин), не получающие процедуры УВТ, сопоставимых по заболеваниям, возрасту, полу пациентов. По заболеваниям в группе наблюдения пациенты с болевым синдромом умеренной выраженности при остеохондрозе позвоночника разной локализации (10 человек), плечелопаточном периартрозе (5 человек), артрозах конечностей (16 человек), энтезопатиях (33 человека). По возрасту, пациенты опытной группы распределились: 20—29 лет — 1; 30—39 лет — 0; 40—49 лет — 11; 50—59 лет — 21; 60—69 лет — 24; 70—79 лет — 3 человека. Длительность заболеваний от 15 дней до 16 лет.

Для оценки эффективности использовали десятибальную визуальную аналоговую шкалу боли и определяли объем активных движений в проблемной области. Все пациенты получали основной комплекс физиобальнеопроцедур при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: ванны (хвойные, йодобромные, скипидарные), электролечение на проблемную зону, ручной массаж. Пациенты группы наблюдения дополнительно к комплексному лечению получали процедуры УВТ.

Процедуры УВТ проводили на аппарате BTL-6000 SWT Topline Power. Установка генерирует удар-

ные волны с максимальной амплитудой давления в фокусе до 15 МПа, плотностью энергии до 0,5 мДж/мм^2, продолжительностью импульса от 10 до 20 мс, частотой от 1 до 15 Гц, общее число импульсов в течение одной процедуры достигает 2500—3000. Глубина эффективного действия таких волн составляет до 80 мм, а площадь эффективного воздействия 20 мм^2. Процедуры проводились мультифокусирующим датчиком диаметром 15 мм. Лечение проводилось 1—2 раза в неделю без местного обезболивания до 5—15 мин на процедуру, чаще 5—8 мин, на курс лечения от 2 до 6 процедур.

Результаты. В группе наблюдения выявилась отчетливая положительная динамика: стойкий болевой синдром значительно уменьшался уже после первой процедуры, купировался преимущественно к 3—5-й процедуре (в контрольной группе — к 7—8-й процедуре), практически нормализовался мышечный тонус, увеличился объем активных движений, что способствовало расширению двигательного режима.

Вывод. Применение УВТ повышает эффективность комплексной реабилитации больных остеохондрозом, артрозами, энтезопатиями на санаторно-курортном этапе.

* * *

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ОБЛАСТИ МУЖСКОЙ СЕКСОПАТОЛОГИИ

Агасаров Л.Г.[1] (lev.agasarov@mail.ru; +7(916)538-4877), Разумов А.Н.[2] (a-razumov@mail.ru; +7(495)621-6195), Бокова И.А.[3] (ire08@mail.ru)

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России», Москва; [2, 3]кафедра восстановительной медицины, реабилитации и курортологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

В результате собственных многолетних исследований выделен типовой сексопатологический процесс в виде дисбаланса обратной связи «гонады—гипофиз», астеноневротизации и ограничения кровенаполнения малого таза за счет вазомоторных реакций. Данное состояние подтверждено на ряде «моделей» — пациентах с половыми дисфункциями, сопряженными с дорсопатией или артериальной гипертензией, а также условно здоровых мужчинах, характеризующихся, тем не менее, снижением сексуальной деятельности.

В последнем случае в качестве факторов восстановления были использованы методы традиционной медицины и клиническая гомеопатия. При этом в ответ на изолированный прием гомеопатических средств не более 50% мужчин подтвердили восстановление половой деятельности, хотя и с умеренным андрогенным эффектом. Недостаточность результативности свидетельствовала в пользу целесообразности дополнительного использования других физиологичных методов и, в частности, рефлексотерапии. Действительно, сочетание гомеопатического подхода с точечным массажем или электростимуляцией локальных зон способствовало сложению эффектов с достижением показателей 60—62%. Сходные результаты наблюдались и при использовании инновационного метода спектральной фототерапии.

Следующая серия работ посвящена коррекции уже сформированной сексуальной патологии у мужчин с поясничной дорсопатией или артериальной гипертензией путем анализа возможностей классического иглоукалывания и стандартной терапии. В этих группах отмечена сопоставимость эффектов (64—67% улучшения) при их неустойчивости в случае иглоукалывания. С другой стороны, применение фармакопунктуры, т.е. введения специфического гомеопатического препарата в область точек рефлексотерапии, обеспечивало надежность результатов за счет сложения рефлекторного и медикаментозного влияний, а закономерность реакций свидетельствовала в пользу универсальности выбранного подхода.

* * *

РАЗВИТИЕ ТЕРМАЛЬНОГО КЛАСТЕРА БЕЛОКУРИХА

Акимов О.С. (akimovo@mail.ru; +7(905)080-2367)

АО «Курорт Белокуриха», город-курорт Белокуриха, Алтайский край

Одно из важных направлений развития курорта Белокуриха — это создание особо охраняемых природных территорий (ООПТ). ООПТ природный парк «Предгорье Алтая» уже создан, а работы по формированию геопарка «Фас Алтая» идут второй год.

1. Цель создания природного парка «Предгорье Алтая» — сохранение уникального природного мира на территории площадью более 40 тыс. га, прилегающей к курорту федерального значения Белокуриха с юга и запада. Население и отдыхающие Белокурихи хорошо восприняли запрет на охоту в парке и активно изучают растительный и животный мир. Но сегодня природный парк активно используется и для туристических целей. Более 40 км пешеходных маршрутов облагорожено. Создано два терренкура с разметкой высоты подъема и длины. На всем протяжении оборудованы места отдыха. Самый активный маршрут — до реки Песчаная на рыбалку. Там же проектируются туристические базы нового курорта Белокуриха-3.

Создание природного парка «Предгорье Алтая» увеличило привлекательность не только курорта Бе-

локуриха, но и всего Алтайского края. Со строительством проектируемого моста через реку Песчаная в районе Белокурихи-3 и выходом дороги в Солонешинский, Алтайский, Усть-Канский районы резко вырастет транзитный туристический поток. И дорога Бийск—Белокуриха—Белуха станет альтернативой Чуйскому тракту.

2. Обоснование создания геопарка «Фас Алтая» на территории Смоленского, Солонешинского, Алтайского районов и города Белокуриха.

Цель создания геопарка — увеличение потока за счет туристов, интересующихся геологическими, археологическими и историческими маршрутами.

Концепция геопарка основана на геологическом и геоморфологическом разнообразии зоны перехода «равнина—горы», обусловленного планетарными процессами, способствующими образованию Алтайских гор. Аттрактивные ландшафты и близость к развитой инфраструктуре курорта Белокуриха определяют перспективы развития туризма на этой территории.

Работа над проектом началась с февраля 2018 г. Финансирование осуществляет АО «Курорт Белокуриха». В составе рабочей группы: д.г.н. А.Н. Дунец, к.г.-м.н. С.Г. Платонова, к.г.-м.н. В.Н. Коржнев, к.г.н. В.В. Скрипко. В экспедиционных работах приняли участия студенты географического факультета АГУ.

Проанализированы архивные геологические материалы на территории исследования и выявлено, что из рудных полезных ископаемых известны золото, вольфрам, молибден, висмут, ртуть, никель-кобальтовое оруденение, тантало-ниобаты, полиметаллические руды, железо и хром и минеральные воды с содержанием радона. За период май—август 2018 г. изучались реальные данные на территории трех районов, которые будут включены в создаваемый геопарк.

* * *

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАСТАРЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Александров А.В., Львов Н.В., Палинкаш А.М., Гончарук П.В., Александрова Н.Е. (goncharukpavel@yandex.ru; +7(916)709-2570)

ГБУЗ Москвы «Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Одной из причин неудовлетворительных результатов восстановления сухожилий сгибателей у детей является недооценка роли и места реабилитационных мероприятий.

Особую актуальность создания адекватной программы реабилитации приобретает у детей с застарелыми повреждениями сухожилий сгибателей кисти. До сих пор отсутствует единый подход к реабилитации.

В отделении микрохирургии ГБУЗ «ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова» ДЗМ с 2010 по 2018 г. на лечении находились 157 пациентов с застарелыми повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти. Срок с момента получения травмы 1,5 мес — 3 года. Всем пациентам выполнялась двухэтапная пластика сухожилий глубоких сгибателей пальцев кисти. Все пациенты проходили одинаковую программу реабилитации, включающую курс физиотерапии, направленный на устранение тугоподвижности в суставах пальцев кисти, достижение максимально возможного объема пассивных движений и снижение рубцового процесса.

Анализ отдаленных результатов показал, что ограничение движений в суставах пальцев кисти у детей отмечается как на оперированном, так и на смежных пальцах. Наблюдаются гипотрофия мышц, нарушение чувствительности пальцев кисти. Это ограничивает бытовую активность детей, приводит к полной невозможности пользоваться поврежденной кистью.

Цель исследования — улучшить результаты лечения детей с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти путем максимального восстановления функции поврежденной кисти и пальцев.

Планирование программы реабилитации у детей требует от специалиста знания особенностей анатомии и биомеханики связочного аппарата кисти, особенностей регенерации сухожилий пальцев кисти, знания техники выполняемых оперативных вмешательств.

Разработан ряд игровых методик, который позволяет выполнить мобилизацию пальцев и кисти. Активно применяются техники мануальной терапии, что позволяет снизить выраженность болевого синдрома, уменьшить процесс рубцевания и повысить эффективность реабилитационных мероприятий.

Применение ферментосодержащих препаратов рационально начинать не ранее, чем через 4 нед после операции, поскольку назначение подобной терапии в более ранние сроки является угрозой для сухожильного шва.

Средний срок иммобилизации конечности в послеоперационном периоде — 6 нед. Обучение родителей методике мобилизации — обязательное условие выполнения программы реабилитации.

Разработка протоколов послеоперационной реабилитации позволила в 70% случаев получить хорошие результаты. Это определило существенный вклад настоящего исследования в практическую медицину детского возраста.

Ранняя активно-пассивная мобилизация и своевременное начало профилактики рубцового процесса — залог хорошего функционального результата.

Выбор протокола реабилитации зависит от вида оперативного вмешательства и возраста пациента. Совместная работа специалистов физиотерапии, кинезитерапевтов, психологов и родителей — обязательное условие реабилитации в детском возрасте.

Применение методик полной иммобилизации и динамического шинирования у пациентов младше 10 лет нерационально.

* * *

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДЕСИНХРОНОЗЕ В УСЛОВИЯХ СВЕТОДИОДНОГО ОСВЕЩЕНИЯ В ДИАПАЗОНЕ ДЛИН ВОЛН 360—460 НМ

Александрова Н.П.[1] (anatalyp@yandex.ru; +7(965)335-5550), Гизингер О.А.[2] (ogizinger@gmail.com; +7(919)319-4604), Карандашов В.И.[3] (kvi42@list.ru +7(916)397-7236), Огнева О.И.[2] (ognevaolga2@mail.ru; +7(951)445-2315)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва;
[2]Южно-Уральский медицинский университет, Челябинск

Десинхроноз — патологический процесс, развивающийся в результате рассогласования циркадианных ритмов, возникающих за счет использования искусственных источников света в темное время суток. В настоящее время инициировано использование светодиодных источников освещения, свет которых может оказывать воздействие на функции органов и систем, отличное от других искусственных источников освещения.

Цель исследования — изучение возможности коррекции нарушений поведения при экспериментальном десинхронозе в условиях светодиодного освещения, создаваемого содержанием лабораторных животных (морских свинок) при круглосуточном освещении светодиодными лампами с цветовой температурой 4500 К в диапазоне длин волн 360—460 нм, световым потоком носителя 2300 Лм в течение 30 сут, в тестах поведенческого фенотипирования «открытое поле» и водный «лабиринт» Морриса экзогенным мелатонином.

Материал и методы. В условиях экспериментального десинхроноза (разработка, планирование, анализ — д.м.н., проф. М.В. Осиков) животным пипеточным способом *per os* ежедневно вводили экзогенный мелатонин из расчета 1 мг/кг на 1 животное с 1-х суток — 30 дней. По динамике изменений показателей этологических тестов судили о возможности коррекции мелатонином нарушений поведенческой активности при десинхронозе.

Результаты. Применение мелатонина при экспериментальном десинхронозе в тесте «открытое поле» приводит к повышению горизонтальной активности на 10, 20 и 30-е сутки, повышению вертикальной и исследовательской активности на 20-е и 30-е сутки, снижению количества фекальных болюсов на 30-е сутки. Применение мелатонина в тесте со скрытой платформой водного «лабиринта» Морриса уменьшает время и длину траектории поиска платформы на 20-е и 30-е сутки эксперимента, время нахождения видимой платформы на 20-е и 30-е сутки. В тесте без платформы увеличивает долю времени нахождения животного в области расположения подводной платформы на 20-е и 30-е сутки. Применение экзогенного мелатонина для коррекции нарушений поведения при экспериментальном десинхронозе в условиях светодиодного освещения устраняет признаки тревоги и угнетения ориентировочно-исследовательского поведения, восстанавливает способность к обучению, пространственную ориентацию, долговременную память.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОГЕМОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Александрова Н.П. (anatalyp@yandex.ru; +7(965)335-5550), Дронова Т.Г. (tdronova@eandex.ru), Карандашов В.И. (kvi42@list.ru; +7(916)397-7236)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Одним из последствий хронической алкогольной интоксикации является поражение сердца. Поэтому выявление и устранение ранней кардиологической патологии у больных акоголизмом имеет важное клиническое значение. Для устранения выявляемой патологии нами применялась комплексная терапия с использованием внутрисосудистого облучения крови. Были обследованы 60 больных мужского пола, страдающих алкоголизмом 2-й стадии и проходивших лечение комплексной терапией с применением фотогемотерапии синим светом (ФГТ). Возраст больных в среднем — 40,5±1,6 года. Длительность злоупотребления алкоголем — 8,1±0,6 года. Большая часть больных (68,2%) находилась в постабстинентном состоянии, которое проявлялось астенией, бессонницей, раздражительностью, анорексией, неприятными ощущениями в работе сердца (сердцебиение, перебои, боли ноющего характера за грудиной). Больные были разделены на две группы — группу больных (50 человек), получавших процедуры ФГТ, и контрольную — 10 больных, получавших медикаментозную терапию. Лечение проводилось в течение 5 дней. Процедуры ФГТ проводились на аппарате ОВК-03 (с лампой синего света). Медикаментозная терапия включала в себя следующие препараты: мексидол, унитиол, витамин B_6, персен, фенибут, беллатаминал. Для диагностики ранней патологии сердца и контроля проведенного лечения использовали метод экспресс-оценки

функционального состояния сердца — ДК ЭКГ на аппарате Кардиовизор. Исследование проводилось дважды — перед началом лечения и после лечения. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Biostat для Windows 11.5. В результате облучения синим светом, произошло достоверное снижение рассматриваемых показателей. У больных уменьшились индикаторы «миокард» с 15,6 до 14,2%, снизился «пульс» с 86,5 до 74,8 и «ритм» — с 42,4 до 29,1%. При этом больные наряду со значительным улучшением общего состояния (уменьшение слабости, улучшение аппетита, нормализация сна) отмечали исчезновения дискомфорта в работе сердца — сердцебиения и болей. В контрольной группе больных индикаторы «миокард» и «пульс» снизились в ходе проводимого лечения, но снижение было статистически не достоверно, а индикатор «ритм» даже повысился. Субъективное состояние улучшалось медленнее, сохранялись слабость, сниженный аппетит и незначительные боли в области сердца. Проведенное клиническое исследование показало, что ФГТ, способствуя нормализации процессов деполяризации и реполяризации миокарда, может успешно использоваться в комплексной терапии алкогольной зависимости при сопутствующей патологии сердца на ранних стадиях.

* * *

ФОТОГЕМОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ВЯЗКОСТИ КРОВИ

Александрова Н.П. (anatalyp@yandex.ru; +7(965)335-5550), Карандашов В.И. (kvi42@list.ru; +7(916)397-7236)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Вязкость крови — показатель малоизвестный практическим врачам. Как правило, он не входит в число рутинных анализов крови, признанных необходимыми для установления диагноза, уточнения патогенеза заболевания и контроля за ходом лечения. Между тем вязкость крови в значительной степени определяет характер кровообращения и функцию органа. С начала 80-х годов для снижения вязкости крови стали применяться методы фотогемотерапии. Нами изучено действие на вязкость крови следующих видов фотогемотерапии:

1) облучение крови ультрафиолетовыми лучами (УФОК) с барбатацией крови кислородом;

2) облучение крови флюоресцентным синим светом с мощностью облучения 6 мВт/см в интервале длин волн 430—450 нм;

3) облучение крови красным светом гелий-неонового лазера с мощностью облучения 18 мкВт/см при длине волны 630 нм, проводившегося в двух вариантах: внутрисосудистого (ВЛОК) и экстракорнорального (ЭЛОК).

Во всех 3 случаях больные получали 7 сеансов фотогемотерапии в течение 30 мин. Вязкость крови и плазмы определяли на ротационном вискозиметре Low-Heaг-30 (Швейцария) в диапазоне скоростей сдвига 27—128 $с^{-1}$. Измерение вязкости крови при лечении данными методами производили у больных с хронической постэмболической легочной гипертензией (18), хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей (24), нарушением мозгового кровообращения (9), бронхиальной астмой (15) и хроническим обструктивным бронхитом (12). Во время проведения курса фотогемотерапии больные получали медикаментозные средства, не влияющие на вязкость крови. Исключалась также инфузионная терапия. Оценивали быстрый эффект: изменение показателей сразу после окончания реинфузии облученной крови, а также курсовой эффект. Быстрый эффект при всех видах облучения был одинаков и заключался в снижении вязкости крови, плазмы и гематокрита. При высокой скорости сдвига вязкость крови снижалась в диапазоне 1—27% и составляла при УФОК в среднем 7,0%, при синем свете — 14,1%, при красном лазерном свете — 11,2%. Облучение крови синим флюоресцентным светом оказалось наиболее эффективным методом — вязкость крови при больших скоростях сдвига (128 $с^{-1}$) снижалась в среднем на 17%. На втором месте по эффективности оказался метод ВЛОК: после курса вязкость крови снижалась в среднем на 13%. Метод ЭЛОК приводил к снижению вязкости лишь на 9,4%. Новый уровень вязкости крови после фотогемотерапии сохранялся у больных от 6 мес до 1 года.

Применение УФОК оказалось наименее эффективным по сравнению с облучением синим и красным светом. Объяснением этому является то, что данный вид облучения стимулирует у больных эритропоэз, в результате чего возрастает гематокрит и, соответственно, вязкость крови снижается незначительно и исключительно за счет улучшения других реологических параметров.

* * *

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ГИПОТАЛАМУСА ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Андреева И.Н., Акишина И.В., Точилина О.В., Касимова Н.М. (tochilinaolga@mail.ru; +7(903)378-8832)

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, ООО «Консилиум», Астрахань

Одним из вариантов дисфункции гипоталамуса у подростков является гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП) — синдром патологически протекающей возрастной перестройки нейроэндокринной системы с нарушением функциональных связей в системе «гипоталамус—гипофиз—периферические железы» и рассогласованием между церебральными и периферическими звеньями вегетативной регуляции. Возникающая при этом вегетативная дисфункция чаще проявляется в виде транзиторной артериальной гипертензии, которая в зрелом возрасте может переходить в истинную.

Цель исследования — оценка динамики артериального давления у подростков с дисфункцией гипоталамуса под влиянием комплексного лечения, включающего различные физические факторы.

Обследованы 246 подростков с ГСПП. У 126 (50,41%) артериальное давление (АД) превышало возрастную норму, у 24 (9,76%) выявлена гипотония. В качестве базисной терапии всем пациентам назначались: гипокалорийная диета; массаж, медикаментозное лечение, включающее ноотропы, витамины группы В и Е.

Все пациенты были разделены на шесть групп. Подростки пяти групп дополнительно получали различные физические факторы: 1-я группа (n=38) — э.п. УВЧ по трансцеребральной методике; 2-я группа (n=39) — транскраниальную электростимуляцию (ТЭС); 3-я группа (n=51) — визуальную импульсную цветотерапию (ВИЦ); 4-я группа (n=37), — иглорефлексотерапию (ИРТ); 5-я группа (n=43) — ВИЦ+ИРТ. В 6-й группе (сравнения) (n=38) проводилась только базисная терапия.

В результате лечения у пациентов 1, 2, 3-й и 5-й групп со склонностью к гипертонии наблюдалась нормализация повышенного как систолического (САД), так и диастолического (ДАД) АД (в мм рт.ст.): в группах с включением э.п. УВЧ (САД до лечения 129,43±2,92, после — 119,75±2,48; p<0,05; ДАД до лечения 90,00±2,49, после — 73,40±3,59; p<0,05), ТЭС (САД до лечения 127,23±1,54, после — 121,05±1,72; p<0,05; ДАД до лечения 86,22±2,79, после — 68,56±1,77; p<0,001), ВИЦ (САД до лечения 125,81±1,80, после — 117,38±1,84; p<0,01; ДАД до лечения 88,86±2,37, после — 77,43±2,69; p<0,01), ВИЦ+ИРТ (САД до лечения 131,73±1,42, после — 124,53±1,86; p<0,01; ДАД до лечения 85,71±1,00, после — 75,29±4,17; p<0,01). Базисная терапия и дополнительное включение в комплекс ИРТ не вызывали достоверного снижения АД.

Следует отметить, что у подростков с гипотонией достоверная нормализация АД наблюдалась под влиянием лечения с включением э.п. УВЧ (САД до лечения 97,57±1,43, после — 106,00±2,40; p<0,05) и ВИЦ (ДАД до лечения 58,50±1,50, после — 67,90±2,02; p<0,01).

Таким образом, включение в комплекс лечения методов физиотерапии центрального действия: ВИЦ с индивидуальным выбором цвета, э.п. УВЧ по трансцеребральной методике и ТЭС позволяет эффективнее корректировать АД у подростков с ГСПП.

* * *

АКВАДИНАМИЧЕСКИЕ ТРАКЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ БАССЕЙНЕ С МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ

Андрияшек Ю.И., Суслова З.В.

АУ СОН ТО «Центр "Красная гвоздика"», Тюмень

Актуальной проблемой санаторно-курортного лечения пациентов пожилого возраста является полиморбидность. Так, у пациентов, поступающих на лечение в Центр «Красная гвоздика» по поводу остеохондроза позвоночника, сопутствующими диагнозами часто являются гипертоническая болезнь, сахарный диабет, артроз. Взаимовлияние заболеваний не только ухудшает качество жизни пациентов, но и сужает перечень возможных назначений физиотерапевтических процедур.

Цель исследования — оценка способности аквадинамических тракций позвоночника, проводимых в минеральной воде терапевтического бассейна обеспечивать комплексное лечение возрастных проблем здоровья. Учитывая, что к 60-ти годам в организме человека наступают инволюционные изменения в виде уменьшения подвижности в суставах и атрофии мускулатуры, выпрямляющей позвоночник, нами была разработана программа «Укрепление мышечного корсета позвоночника», основой которой является патентованная методика пассивного подводного вертикального вытяжения позвоночника (Патент РФ №2541464). При данном способе вытяжения позвоночника не применяют грузы, а в качестве устройства для поддержания тела на плаву используют авкапояс «АКВАТОНУС», который фиксируют к грудной клетке, что позволяет пациенту все время находиться в воде в вертикальном положении, не касаясь дна ногами, и при этом выполнять упражнения аквагимнастики, направленные на разгрузку позвоночника и укрепление его мышц.

Проанализированы результаты лечения за 2016—2018 гг. 400 пациентов пожилого возраста с дорсопатией в виде синдрома хронической люмбалгии и люмбоишиалгии, обусловленных остеохондрозом позвоночника. Возраст обследованных составлял от 60 до 75 лет, 294 женщины и 106 мужчин. Всем пациентам были назначены курсы лечения аквадинамическими тракциями позвоночника, которые заклю-

чались в проведении на глубокой воде терапевтического бассейна аквагимнастики с аквапоясом малогрупповым методом под руководством инструктора. Продолжительность пребывания в минеральной йодобромной, борной, хлоридно-натриевой воде температурой 28—29 °С составляла от 40 до 50 мин через день, на курс 8—10 процедур.

После курса аквадинамических тракций пациенты отмечали улучшение общего самочувствия, чувство «легкости» и «выпрямления спины», исчезновение болей в пояснице. Отмечалась физиологическая бальнеореакция.

Результаты лечения проявлялись в виде уменьшения выраженности болевого синдрома у 96% больных, объективной неврологической симптоматики, увеличения объема активных движений и улучшении двигательных показателей в поясничнo-крестцовом отделе позвоночника. У 54% пациентов наблюдалось увеличение роста на 1—2 см, у 31% — снижение процентного содержания в организме жировой ткани, у 27% — увеличение мышечной массы. Осложнений заболеваний отмечено не было.

Аквадинамические тракции позвоночника обеспечивают выраженный клинический эффект при санаторно-курортном лечении заболеваний поясничнo-крестцового отдела позвоночника за счет одновременного вытяжения и укрепления мышечного корсета позвоночника, а также обеспечивают комплексное лечение возрастных проблем здоровья у пациентов пожилого возраста.

* * *

НЕОБХОДИМОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ СФЕРЫ ГОСТЕПРИИМСТВА

Антонова А.Б. (srvst18@gmail.com; +7(952)378-0099)

Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого (СПбПУ), Санкт-Петербург, Россия

Ратифицированная Россией в 2012 г. Конвенция ООН «О правах инвалидов» накладывает на наше государство ряд серьезных обязательств по обеспечению реализации прав всех категорий людей с ограниченными возможностями (далее — ЛОВ), затрагивая все сферы их взаимодействия с обществом.

До настоящего времени сфера обслуживания и услуг, включая услуги предприятий общественного питания, гостеприимства, предприятия санаторно-курортной отрасли, не уделяла должного внимания повышению качества сервиса с учетом персональных особенностей данной категории посетителей.

В рамках инициации проекта «Качественный сервис для людей с ограниченными возможностями», целью которого является повышение уровня социальной адаптации ЛОВ, а задачами — повышение уровня социальной ответственности предприятий сферы обслуживания и услуг, предоставление качественного сервиса для ЛОВ, обучение персонала предприятий сферы обслуживания и услуг работе с ЛОВ и пр., нами была сделана попытка оценить готовность предприятий общественного питания Санкт-Петербурга предоставлять высокий уровень сервиса для таких гостей.

Были проведены опросы среди целевых групп различных категорий ЛОВ (всего 34 респондента из категорий людей с ослабленным зрением, аутическими расстройствами, ослабленным слухом). Результаты проведенных опросов показали, что 86% респондентов регулярно сталкиваются с низким качеством обслуживания на предприятиях сферы гостеприимства, 32% респондентов предпочитают не посещать такие предприятия в одиночку, 54% отметили, что регулярно посещают те места, где их хотя бы однократно обслужили с учетом их особых запросов. Все респонденты отмечали изменение поведения сотрудников контактной зоны в худшую сторону, когда они узнавали о том, что клиент — ЛОВ. Для респондентов с аутическими расстройствами важным является наличие в меню аглютеновых блюд, однако найти их можно только в нескольких ресторанах Санкт-Петербурга.

Также были проведены проверки качества предоставляемых услуг методом «тайный гость» десяти сетевых ресторанов, в результате которых выявлено, что в большинстве случаев персонал контактной зоны предприятий общественного питания не готов к обслуживанию гостей с особыми потребностями. Отмечался более низкий уровень коммуникативной компетентности, наличие грубых фраз, пренебрежительная или неуважительная интонация со стороны персонала. В одном случае гость, который столкнулся с резким обращением, был вынужден покинуть ресторан, не дождавшись своего заказа.

В мировой практике существует множество проверенных рекомендаций по обслуживанию и общению с ЛОВ, на предприятиях гостеприимства, их несложно адаптировать и внедрить в российскую практику. Также следует помнить, что, согласно статистическим данным ВОЗ, ЛОВ составляют 15% населения, следовательно, развитие данного направления может явиться сильным конкурентным преимуществом для предприятий сферы услуг.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Ануфриев А.Ю., Муллабаев Р.Ф.

ЛПЧУП санаторий «Васильевский», Республика Татарстан

В настоящее время врачей различных специальностей все больше привлекает проблема остеохондроза и его неврологических проявлений. По данным Всемирной организации здравоохранения, 2/3 населения земного шара страдают болями в спине с различной степенью выраженности. Страдает наиболее трудоспособное население в возрасте от 35 до 40 лет. Все патогенетические теории возникновения остеохондроза похожи и отличаются лишь подходом, зависящим от специальности авторов, которые выделяют ту или иную первопричину или механизмы развития патологических процессов. Рецидивирующей болью в спине страдают до 80% людей во всем мире. В общей структуре заболеваний данная патология занимает одну из ведущих позиций, что обусловливает медицинскую и социальную актуальность изучения этой проблемы. Как правило, лечение неврологических проявлений вертеброгенной патологии в санаторных условиях представляют физиотерапевтические методы, различные ванны (радоновые, серные), применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), витаминов, рефлексотерапию.

Цель исследования — разработка комплекса дифференцированного лечения методиками мануальной терапии (МТ) с целью сокращения сроков терапии и восстановления трудоспособности. Мы проанализировали лечение 87 больных с различными неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника. Среди них 54 мужчины и 33 женщины. Средний возраст больных составил 37±3 года. Стаж болезни менее года отмечен у 16 больных, до 5 лет — у 35 больных, и у 36 больных продолжительность заболевания превышала 5 лет. Всем больным были проведены предварительные общеклинические, нейроортопедические, лабораторные исследования. Все пациенты поступали в санаторий с результатами МРТ-обследования позвоночника. У всех обследованных выявлен остеохондроз различной степени выраженности. Из них рефлекторные синдромы (цервикалгии, цервикобрахиалгии, торакалгии, люмбалгии, люмбоишиалгии) были диагностированы у 56 человек, корешковые синдромы — у 31 человека. Оценка выраженности вертеброгенной боли по ВАШ — от 5 до 8 баллов. Всем больным МТ проводилась по щадящим методикам. Полностью были исключены коротко-, и длиннорычаговые манипуляции. Предпочтение отдавалось точечному и сегментарному массажу, мышечным тракциям, мобилизациям. Использовались как общепринятые приемы, так и разработанные в нашем санатории.

Больные были разделены на две группы. Контрольную группу больных в составе 32 человек составили пациенты, которым наряду со стандартными методиками физиотерапии в схеме лечения применялись методики МТ. Сеансы проводились в течение дня через каждые 2—3 ч. Это позволило нам полностью отказаться от применения у больных лекарственных препаратов и свести к минимуму физиотерапевтическое лечение.

В сравнительной группе (55 человек) мы не применяли методики МТ, а пациенты получали физиотерапевтическое лечение, ванны, ЛФК и рефлексотерапию.

Для большинства пациентов с проблемами шейного отдела был разработан следующий план лечения: первый сеанс — сегментарный массаж заинтересованных мышечных групп, мышечные тракции, ПИРМ глубоких разгибателей шеи, ПРР. Через 2 ч: сегментарный и точечный массаж, мягкотканная мобилизация шейного отдела в латерофлексии, мобилизация С3—С5 в латерофлексии в положении лежа, мобилизация тракцией шейного отдела позвоночника в положении больного на спине с дальнейшей латерофлексией, релаксация ротаторов шеи, осевая тракция в положении сидя. Третий заключительный сеанс через 2 ч: легкий сегментарный массаж, точечный массаж, тракция шейного отдела позвоночника в положении лежа, позиционная мобилизация в параллельном смещении и 3—5-минутный сегментарный массаж.

В результате проводимого лечения болевой вертебральный синдром уменьшался с 8 до 0—1 балла по ВАШ. Улучшался объем движений в ПДС. Уменьшилась выраженность миофиксации и деформации позвоночного столба.

Алгоритм лечения больных с поясничным остеохондрозом: 1-й сеанс включал в себя сегментарный и точечный массаж, тракцию в положении лежа на животе, мобилизацию поясничных ПДС в сгибании, ПИРМ разгибателей спины в положении лежа на спине. 2-й сеанс через 2 ч: сегментарный массаж заинтересованных мышечных групп, мобилизация на поясничном отделе в положении лежа на боку, ПИРМ разгибателей спины в положении на животе сегментарный массаж. 3-й сеанс через 2 ч: точечный массаж, ПИРМ мышц-ротаторов туловища, прямой мышцы бедра, грушевидной мышцы, абдукторов бедра, длинных и коротких мышц аддукторов бедра, сегментарный массаж. Все больные обучены приемам аутоПИРМ. Подобран индивидуальный комплекс ЛФК.

Таким образом, проанализировав результаты лечения этой группы пациентов, а положительный результат лечения был достигнут у 84 (96,55%) больных, мы пришли к выводу о необходимости

рекомендовать предложенный лечебный алгоритм для лечения больных с выраженным болевым вертеброгенным синдромом. Кроме того, применяя мягкие методики МТ, мы не получили ни одного осложнения при использовании этого метода лечения. На основании практического опыта применения мягких методик МТ представлены рекомендации для широкого использования выбранной тактики для лечения рефлекторных и компрессионных корешковых синдромов остеохондроза позвоночника в условиях санатория.

* * *

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФЕДЕМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Апханова Т.В. (apkhanova@yandex.ru; +7(903)007-1461), Кульчицкая Д.Б. (deti_ku@mail.ru; +7(916)338-0109), Кончугова Т.В. (umc-rnc@mail.ru; +7(916)583-9719)

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

Физиотерапевтические методы составляют основу немедикаментозного лечения и реабилитации лимфедемы нижних конечностей наряду с различными видами компрессионной терапии. В патогенезе лимфедемы нижних конечностей важную роль играют нарушения микроциркуляции, тесно свзанные с процессами ультрафильтрации и лимфообразования, которые приводят к повышению общей лимфатической нагрузки. В небольшом количестве зарубежных исследований показано, что низкоинтенсивное лазерное излучение может эффективно применяться с целью обезболивания и положительного воздействия на трофику лимфедематозных тканей.

Цель исследования — изучение процессов микроциркуляции у больных с лимфедемой нижних конечностей под действием магнитной стимуляции и лазерного излучения с использованием матричного излучателя.

Материал и методы. Обследованы и пролечены 40 больных лимфедемой нижних конечностей II—III стадий (по классификации M. Foldi). Все больные методом случайной выборки были разделены на две группы: 1-я группа (n=20) получала магнитную стимуляцию (100 мТл) на область икроножных мышц, на курс 10 процедур и являлась контрольной; 2-я группа (n=20) получала магнитную стимуляцию тех же параметров и низкоинтенсивную лазеротерапию (с помощью матричного излучателя) на область проекции сосудисто-нервных пучков нижних конечностей, на курс 10 процедур.

После проведенного курса магнитной стимуляции динамика маллеолярного объема у больных 1-й группы была недостоверной. По данным ЛДФ у больных 1-й группы отмечена положительная динамика на уровне венулярного звена микроциркуляторного русла, о чем свидетельствовало улучшение показателя AHF/CKO · 100%, он снизился с 68,4±3,2 до 59,8±3,0 (p<0,05). Изменений показателей активных механизмов регуляции кровотока (артериол и прекапилляров) у больных 1-й группы не произошло. После курсового лечения у больных 2-й группы маллеолярный объем уменьшился на 3%: с 26,67±0,28 до 25,87±0,26 см (p<0,05). Также у больных 2-й группы наблюдалась положительная динамика показателей ЛДФ: снизился изначально увеличенный тонус артериол (ALF/CKO · 100%) с 170,4±8,29 до 135,0±8,78 (p<0,01), застойные явления в венулярном (AHF/CKO · 100%) и капиллярном (ACF/CKO · 100%) звеньях уменьшились с 63,4±3,3 до 48,06±3,68 (p<0,001) и с 52,18±3,64 до 40,18±4,04 (p<0,05) соответственно.

Вывод. Таким образом, комплексное применение магнитной стимуляции и лазеротерапии от матричного излучателя оказывает более выраженное влияние на микроциркуляторные процессы (регуляцию тонуса артериол, капилляров, венулярный отток). Это приводит к снижению реабсорбции и лимфообразования, что снижает общую лимфатическую нагрузку и наряду с лимфодренажным эффектом уменьшает тканевую гипоксию и способствует улучшению трофики кожи и подкожной клетчатки.

* * *

НИЗКОЧАСТОТНАЯ ИМПУЛЬСНАЯ ЭЛЕКТРОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ПАЦИЕНТОК С «ТОНКИМ» ЭНДОМЕТРИЕМ КАК СЛЕДСТВИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА В ПРОТОКОЛАХ ЭКО

Астафьева Е.К., Силантьева Е.С., Овчинникова М.М., Камилова Д.П., Кутакова Ю.Ю., Курцер М.А.

Клинический госпиталь Лапино «Мать и Дитя», Московская область, Одинцовский район

Одним из достоверно значимых критериев для успешной имплантации эмбрионов является толщина эндометрия. Рассматривая «тонкий» эндометрий с позиции фиброзирования стромы и регионарного капиллярного русла вследствие хронического эндометрита можно сделать вывод о необходимости прегравидарной подготовки для увеличения вероятности наступления беременности и снижения рисков ее прерывания на различных сроках.

Цель исследования — доказать эффективность использования низкочастотной импульсной элек-

тротерапии в качестве основного метода прегравидарной подготовки у пациенток в протоколах ЭКО с «тонким» эндометрием как проявлением хронического эндометрита.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование на базе Клинического госпиталя Лапино, в которое вошли 81 пациентка. Изучены клинико-анамнестические данные. Критерии включения: возраст 18—39 лет, гистологически подтвержденный хронический эндометрит, толщина эндометрия меньше или равна 7 мм на 5—7-й день после овуляции — период «имплантационного окна», две неудачи при переносе эмбриона хорошего качества в анамнезе. Критерии исключения: патология эндометрия, требующая хирургического лечения, общие противопоказания к физиотерапии, морфологическая характеристика переносимых эмбрионов ниже 3BB. Всем пациенткам выполнялась трансвагинальная эхография органов малого таза, а так же цветовое допплеровское картирование, доплерометрия сосудов матки на 5—7-й день менструального цикла после овуляции. Обеим группам пациенток первично проводился курс антибактериальной терапии. Методом простой рандомизации пациенты были поделены на две группы. 1-й группе пациенток (n=49) проводился 1 курс низкочастотной электротерапии на аппарате «BTL-4000-Premium G», Великобритания по методикам 1.1 — электроимпульсная терапия и 3.1 — интерференцтерапия из библиотеки предустановленных методик с позиции воздействия на фиброзирующие и склеротические процессы в эндометрии, влияния на регионарный кровоток. Менструальный цикл после курса физиотерапии был циклом покоя. Пациентка 2-й группы (n=32) получали только медикаментозную терапию. Для пациенток обеих групп проводились идентичные протоколы медикаментозной поддержки и переноса эмбрионов в протоколах ЭКО.

Результаты. Всем пациенткам, вошедшим в 1-ю и 2-ю группы, было выполнено ЭКО и ПЭ. В 1-й группе беременность наступила в 30,6% (n=15) случаев. В 20% (n=3) случаев произошла потеря беременности. В 80% (n=12) беременность закончилась своевременными родами. У 2-й группы беременность наступила в 9,4% (n=3) случаев, из них потеря беременности произошла в 66,7% (n=2) случаях, своевременные роды произошли в 33,3% (n=1).

Вывод. Использование низкочастотной электротерапии в качестве прегравидарной подготовки при «тонком» эндометрии позволяет увеличить толщину эндометрия, нормализовать маточную гемодинамику в регионарных сосудах. Это, в свою очередь, приводит к повышению имплантационного потенциала эндометрия, увеличению вероятности наступления беременности и живорождения.

* * *

ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПОЛЛИНОЗОВ НА ПРИМОРСКИХ КУРОРТАХ КРЫМА

Беляева С.Н. (belyaeva-sveta@mail.ua;
Пирогова М.Е., Ковтуненко И.Н.

ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», Ялта

Изучение аэробиополлютантов Южного берега Крыма (ЮБК) и Евпатории, оказывающих специфическое либо неспецифическое действие на здоровье людей, представляет несомненный интерес.

Цель исследования — изучение спектра и динамики аэробиополлютантов в воздухе курортов Ялты и Евпатории в 2011—2015 гг.

Аэропалинологические исследования проводились гравиметрическим методом с идентификацией и подсчетом пыльцевых зерен посредством световой микроскопии.

В воздухе Ялты обнаружены пыльцевые зерна, принадлежащие растениям из семейств кипарисовых, оливковых, сосновых, березовых (граб), конскокаштановых, буковых, самшитовых, симарубовых, ивовых, платановых, кленовых, липовых, астровых, амарантовых, злаковых.

В Евпатории наиболее интенсивно пылили амброзия, злаковые, подорожниковые, крапива, тополь, вяз, маревые, ива и орех. Сосна, ясень и липа в аэропалиноспектре были представлены единичными пыльцевыми зернами, предположительно занесенными из других районов.

Таким образом, в Евпатории преобладали аэроаллергены травянистых растений с доминированием амброзии в осенний сезон, в Ялте — древесных растений преимущественно класса хвойних (кипарис, сосна и кедр). В воздухе изученных курортов не выявлено пыльцы березы, что позволяет рекомендовать их для элиминационной терапии данного поллиноза. Жителям стран Средиземноморья с поллинозом к пыльце кипариса противопоказано пребывание на ЮБК в феврале—апреле. Постоянный аэробиомониторинг как элемент реабилитационно-оздоровительного комплекса может улучшить использование санаторно-оздоровительных факторов и восстановительную реабилитацию на курортах Крыма.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ДОРСАЛГИЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СУХОВОЗДУШНЫХ ТЕПЛОВЫХ ВАНН С ВЫСОКОДИСПЕРСНЫМ АЭРОЗОЛЕМ ВОДНОГО ЭКСТРАКТА ПАНТОВОГО КОНЦЕНТРАТА

Бобрик Ю.В. (yura.bobrik@mail.ru; +7(978)052-3529), Александров В.В. (yura.bobrik@mail.ru; +7(978)072-9358), Шпаковский В.Н. (schpakovskiy2000@yandex.ru; +7(918)486-6195)

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Цель работы — исследование эффективности реабилитации больных хронической дорсалгией при применении суховоздушных тепловых ванн с высокодисперсным аэрозолем водного экстракта пантового концентрата.

В исследовании принимали участие 609 пациентов с диагнозом полисегментарного остеохондроза грудного и поясничного отделов позвоночника с хронической дорсалгией в возрасте от 26 до 60 лет (средний возраст 44,8±1,2 года). Всем пациентам проводили динамическое клиническое, ортопедическое, неврологическое обследование, реовазографию нижних конечностей, рентгенографию, КТ- и МРТ-исследования пораженного уровня позвоночника. Обе группы больных получили аналогичные курсы базовой терапии: диета, ЛФК, магнитотерапию, термотерапию (основная группа — суховоздушные аэрозольные тепловые ванны в сочетании с высокодисперсными аэрозольными ваннами водного экстракта пантового концентрата в термокамере АКОКФ-01; контрольная группа — общую сауну).

Непосредственные результаты лечения, проводимого в рамках исследовательской работы, выражались в том, что положительный клинический эффект в основной группе был отмечен у 273 (84,8%) человек, в том числе значительное улучшение наблюдалось у 168 (52,2%) больных; в контрольной группе, соответственно, у 217 (71,2%) и у 105 (36,6%) больных. Состояние «без перемен» было зарегистрировано в основной группе у 49 (13,2%) больных, в контрольной — у 70 (28,85%) больных. Ухудшение состояния не было зарегистрировано в обеих группах наблюдения. При этом пациенты основной группы, получившие бальнеопроцедуры в термокамере АКОКФ-01, отметили более выраженную комфортность, адекватность воздействия температуры на сердечно-сосудистую систему, повышение общего тонуса, улучшение самочувствия после 3—4 процедур. У подавляющего числа (98%) пациентов с повышенным АД отмечалось снижение или нормализация его уровня уже после 3—4 процедуры, стабилизация частоты сердечных сокращений и суточного диуреза мочи. При объективном обследовании в динамике выявлено уменьшение статических вертебральных нарушений. Деформации позвоночника во фронтальной плоскости регрессировали наиболее быстро у больных, в комплекс лечения которых входили аэрозольные пантовые ванны (36% больных). Менее выраженная динамика сколиозов наблюдалась под влиянием общей термотерапии в сауне (27% больных). При использовании нового способа лечения восстановление физиологического лордоза, свидетельствующее о восстановлении правильных анатомических взаимоотношений между элементами пораженных двигательных сегментов, отмечено в 56% случаев наблюдений. Результаты анализа листков нетрудоспособности в течение года до и года после курса санаторного лечения показали, что число случаев и продолжительность периодов временной утраты трудоспособности после санаторного лечения снизились в обеих группах, однако в наибольшей степени — в основной группе — в 1,7 раза ($p<0,05$) больше по сравнению с контрольной группой.

Сравнительная оценка эффективности проведенного восстановительного лечения свидетельствует о преимуществе разработанного нами способа восстановительной терапии по сравнению со стандартным комплексом лечения больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника в виде хронической дорсалгии.

* * *

ПАРАДИГМА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДОРСАЛГИЯМИ

Бобрик Ю.В. (yura.bobrik@mail.ru; +7(978)052-3529), Мороз Г.А. (moroz062@yandex.ru; +7(978)052-3529)

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Согласно данным медицинской статистики, до 80% взрослого населения страдают постоянными или временными болями в области спины, дорсалгиями (вертеброгенными торакалгиями, люмбалгиями, люмбоишиалгиями, радикулопатиями). Потери по нетрудоспособности, вызванные данной патологией, занимают, по данным ряда авторов, либо первое место среди всех остальных болезней, либо второе, уступая только простудным заболеваниям.

Цель исследования — повышение эффективности комплексного восстановительного лечения больных дорсалгиями, проводимого с учетом клинического, вегетативного статуса, циркадианных ритмов болевой чувствительности.

В условиях амбулатории находились на лечении и комплексной реабилитации 187 человек больных с установленным клинически и рентгенологически диагнозом «остеохондроз пояснично-крестцового

отдела позвоночника с неврологическими проявлениями» — вертеброгенная дорсалгия, люмбалгия, люмбоишиалгия, радикулопатия в остром, подостром периоде заболевания, в возрасте от 17 до 54 лет. При этом все больные были разделены на основную (92 человек) и контрольную (95 человек) группы. У больных основной группы применялся специально разработанный нами метод комплексной дифференцированной реабилитации, включающий в себя ЛФК и физиотерапию, назначаемую пациенту с учетом его клинического, вегетативного статуса, циркадианных ритмов болевой чувствительности. В контрольной группе восстановительное лечение использовалось по общепринятой методике.

Применение новых дифференцированных подходов к физиотерапии в сочетание с ЛФК при лечении и реабилитации пациентов с дорсалгиями с учетом фазы патологического процесса, вегетативного статуса, конституциональных особенностей, циркадианной биоритмики болевой чувствительности позволило достоверно более эффективно оптимизировать ранее нарушенные реакции адаптации, повысить качество жизни больных, субъективную оценку результатов лечения на 29% ($p<0,001$) и коэффициенты медицинской эффективности — на 22% ($p<0,05$), экономической эффективности — на 41% ($p<0,05$), социальной эффективности восстановительной терапии — на 11% ($p<0,05$), интегрального показателя эффективности восстановительного лечения — в 2,5 раза ($p<0,001$), чем при использовании общепринятых способов реабилитации.

* * *

МЕХАНИЗМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ КУРСОВОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Бобровницкий И.П.[1], Нагорнев С.Н.[1], Рябцун О.И.[2], Фролков В.К.[2], Яковлев М.Ю.[1] (drnag@mail.ru)

[1]ФГБУ ЦСП Минздрава России, Москва; [2]Международный университет восстановительной медицины, Москва

Разработка новых, более эффективных методов лечения воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта выступает актуальной проблемой современной терапевтической стоматологии. Несмотря на применение современных медикаментозных средств, включая антибиотики, не удалось снизить рост заболеваемости, которая в настоящее время среди лиц работоспособного возраста достигает до 98%. При этом заболеваемость хроническим пародонтитом в России, по данным эпидемиологических исследований, в 1,5—2 раза выше, чем в Европе.

Рассматривая различные патогенетические механизмы, приводящие к прогрессированию хронических форм заболевания, большинство специалистов выделяют циркуляторную гипоксию тканей пародонтального комплекса. Среди различных биохимических процессов, активируемых в условиях гипоксии, ведущее место, по мнению многих авторов, принадлежит свободнорадикальному окислению, индукция которого выступает в качестве ключевого звена патогенеза хронизации воспалительных заболеваний пародонта.

Цель настоящей работы — изучение применения озонотерапии для коррекции процессов липопероксидации и антиоксидантной защиты у больных с пародонтитами.

Исследование выполнено на 62 пациентах с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести. Из них 30 человек получали стандартную пародонтологическую терапию, 32 больных, наряду с традиционным лечением, получали озонотерапию путем орошения десны озоно-кислородной смесью с концентрацией озона 75—80 мг/л. Озонотерапию проводили 1 раз в сутки, в течение 10—15 мин. Полный курс лечения включал 10 процедур, проводимых через день. В слюне и десневой жидкости определяли первичные (ацилгидроперекиси) и вторичные продукты ПОЛ (МДА), а также активность антиоксидантных ферментов (СОД, глутатионредуктаза). Для интегративной оценки перекисного метаболизма рассчитывали коэффициент антиоксидантной активности (КАОЗ). Клиническими критериями эффективности проводимого восстановительного лечения выступали степень выраженности жалоб пациентов, а также данные объективного обследования и расчетные гигиенические и пародонтальные индексы.

Полученные результаты позволяют заключить, что курсовое применение озонотерапии оказывает выраженное антиоксидантное действие, реализуемое за счет восстановления баланса между про- и антиоксидантными механизмами, что обеспечивает повышение резервной мощности защитных систем и поддержание окислительного гомеостаза в условиях физиологического оптимума. Совокупность выявленных эффектов, включая снижение концентрации вторичных и конечных продуктов ПОЛ, позволяет рассматривать данный подход в качестве эффективной технологии патогенетической коррекции основных клинических проявлений хронического пародонтита и профилактики его дальнейшего прогрессирования.

* * *

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КУРСОВОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ТРАНСКРАНИАЛЬНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПЕРЕМЕННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ

Бобровницкий И.П.[1], Нагорнев С.Н.[1], Рябцун О.И.[2], Фролков В.К.[2], Яковлев М.Ю.[1] (drnag@mail.ru)

[1]ФГБУ ЦСП Минздрава России, Москва; [2]АНО Международный университет восстановительной медицины, Москва

Заболевания пародонта представляют собой серьезную медико-социальную проблему, обусловленную как высокой распространенностью (до 98%), так и степенью тяжести, ростом доли агрессивных, быстропрогрессирующих форм, а также низкой эффективностью лечения. В этой связи разработка новых эффективных методов восстановительной коррекции воспаленных тканей пародонта представляет весьма актуальную научно-практическую задачу. Среди различных методических подходов к проведению корригирующих мероприятий в рамках здоровьецентристской концепции восстановительной медицины особое место принадлежит немедикаментозным технологиям. К настоящему времени убедительно доказаны преимущества немедикаментозных способов восстановительной коррекции функционального состояния и резервных возможностей организма, состоящие в тренирующих эффектах по отношению к регулируемым системам организма; отсутствии явления привыкания, целого ряда побочных эффектов (аллергенного, тератогенного, токсического); благотворном влиянии на психоэмоциональную сферу пациентов и ряда других.

В нашем исследовании проведена оценка отдаленных результатов комплексного лечения 78 пациентов с хроническим пародонтитом легкой и средней степени тяжести по истечении 6 мес после курсового применения озонотерапии в сочетании с транскраниальной магнитотерапией (ТМТ). У всех пациентов был проведен анализ клинического состояния пародонта: интенсивности и степени выраженности воспаления пародонта, кровоточивости десны, показателей гигиены полости рта.

Применительно к хроническим пародонтитам оценка отделенных результатов лечения по катамнестическим данным предусматривает решение как минимум двух задач. Во-первых, состояние пациента в отдаленном периоде является важным критерием эффективности проведенного лечения. Во-вторых, чрезвычайно важно знать, как долго держатся полученные ближайшие результаты, поскольку динамика основных клинических проявлений хронических пародонтитов позволяет рационально определить периодичность и кратность проведения корригирующих мероприятий, направленных на снижение обострений данного заболевания и удлинение его ремиссии.

Установлено, что клиническое состояние тканей пародонта через 6 мес после лечения было лучше у пациентов, прошедших курс озонотерапии в сочетании с ТМТ. В данной группе наблюдали меньшую по сравнению с контролем выраженность воспалительных явлений на фоне редуцированной гиперемии и отека пародонта. Средние значения пародонтальных и гингивальных индексов были достоверно ниже таковых контрольной группы на 22, 35 и 20% соответственно.

Таким образом, выполненные исследования отдаленных результатов лечения больных хроническим пародонтитом позволяют сделать вывод о наибольшей эффективности и целесообразности сочетанного применения озонотерапии и ТМТ. Данный комплекс позволяет добиться более выраженного клинического эффекта, достоверно стойкого сохранения достигнутых результатов по клинико-функциональному состоянию тканей пародонта.

* * *

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РЕГЛАМЕНТАЦИИ ТЕПЛОВОЙ НАГРУЗКИ У СПОРТСМЕНОВ В ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ САУНЫ

Богомолова М.М.[1], Куропаткина Н.А.[1], Сентябрев Н.Н.[1], Камчатников А.Г.[1], Грошев В.В.[2] (bmm66@mail.ru; +7(917)722-575)

[1]ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры», Волгоград; [2]ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный технический университет», Волгоград

Среди естественных медико-биологических восстановительных средств в спорте суховоздушная баня-сауна занимает значительное место. Рациональное ее применение вызывает оптимизацию восстановительных процессов в организме спортсмена. Однако, как показал анализ научно-методической литературы, физиологически обоснованный подход к регламентации теплового воздействия на организм спортсменов до сих пор отсутствует.

С целью разработки физиологических критериев предельного и допустимого перегревания организма человека в условиях сауны с температурой и относительной влажностью воздуха соответственно 70±4 °С и 10±2% (режим 1), 90±4 °С и 6±2% (режим 2), 110±4 °С и 4±1% (режим 3) проведено изучение динамики показателей теплового состояния (температура тела (TR) и средневзвешенная температура кожи (СВТК), средняя температура тела (СТТ), теплосодержание (Q), теплонакопление (ΔQ)), сердечно-сосудистой системы (минутный объем кровообращения (МОК), систолический объем (СО) крови, частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление систоли-

ческое (САД), диастолическое (ДАД) и среднее гемодинамическое (СГД)).

В результате проведенных исследований выявлено, что однократное пребывание человека в нагревающей среде сауны сопровождается развитием предельно переносимого перегревания с одинаковой величиной теплонакопления (10,1±0,2 кДж/кг), но при разном времени ее достижения, равного 30±1 (режим 1), 21±0,6 (режим 2) и 14±1 мин (режим 3). К этому времени появляются признаки ухудшения компенсаторных возможностей и функционального перенапряжения организма, а именно начинает снижаться МОК за счет уменьшения СО крови при продолжающемся росте ЧСС, а также снижения СГД за счет падения ДАД. Ограничение продолжительности пребывания в нагревающей среде сауны следует производить по времени достижения максимальной величины МОК, равной 10,8±0,3 л на 20-й минуте (70 °С), 10,6±0,4 л на 15-й минуте (90 °С) и 11,2±0,2 л — на 10-й минуте (110 °С) экспозиции (в среднем 10,9±0,5 л). К этому моменту значения изучаемых показателей во всех нагревающих режимах не должны превышать: ЧСС 135±5 уд/мин, САД 155±5 мм рт.ст., СГД 89±4 мм рт.ст., TR 37,8±0,1 °С, СВТ кожи 39,2±0,4 °С, СТТ 38,2±0,1 °С, ΔQ 8,4±0,3 кДж/кг; значение ДАД — не ниже 57±3 мм рт.ст. Установлено, что самооценка спортсменом своего субъективного состояния (теплоощущение «очень жарко», обильное потоотделение и желание прекратить пребывание в условиях сауны) является валидным показателем допустимого теплового состояния.

Таким образом, выявленные сдвиги показателей теплового состояния и сердечно-сосудистой системы свидетельствуют о необходимости ограничения уровня тепловой нагрузки на организм человека во время восстановительной процедуры в условиях сауны. В основе такой регламентации лежат характер и степень выраженности функциональной перестройки в организме. С помощью разработанных критериев становится возможным оперативный медицинский контроль за текущим функциональным состоянием спортсменов в условиях сауны.

* * *

ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СПОРТСМЕНОВ В ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ САУНЫ

Богомолова М.М., Федотова И.В., Таможникова И.С., Бочаров А.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры», Волгоград, Россия

Суховоздушная баня-сауна применяется для восстановления нарушенного гомеостаза и повышения физической работоспособности после тренировочных нагрузок спортсменами различных специализаций на всех этапах подготовки. Воздействие очень высокой температуры в условиях сауны может вызвать разнонаправленные ответные реакции сердечно-сосудистой системы спортсмена в диапазоне от ускорения процессов восстановления и улучшения состояния до патологических.

С целью изучения ответных реакций сердечно-сосудистой системы на воздействие однократной термоэкспозиции «до отказа» в условиях сауны с температурой и относительной влажностью воздуха соответственно 70±4 °С и 10±2% (режим 1), 90±4 °С и 6±2% (режим 2), 110±4 °С и 4±1% (режим 3) у 12 спортсменов проведены измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС) по данным ЭКГ-исследования по Небу, артериального давления методом Короткова, определение величины систолического объема (СО) крови и минутного объема кровообращения (МОК).

Установлено предельное время переносимости тепловой нагрузки у спортсменов: 30±1 (режим 1), 21±0,6 (режим 2), 14±1 (режим 3) мин. К моменту «отказа» от пребывания в сауне значения ЧСС достигли 143±2 (режим 1) и 150±4 уд/мин (режимы 2,3) (прирост к исходной 180, 195, 198% (режим 1,2,3 соответственно)). Во всех случаях максимальное увеличение СО крови составило 9—10% от исходного (73—81 мл), а к окончанию термоэкспозиции его снижение от максимальной величины достигло 29% (режим 1), 23 (режим 2) и 14% (режим 3). МОК непрерывно возрастал до 20-й (режим 1) и до 10-й (режимы 2, 3) минуты нахождения обследуемых в сауне (величина МОК превышала исходную в 1,8—1,9 раза и составляла 10,4—11,3 л). Далее отмечалось снижение (режимы 1 и 3), а в условиях режима 2 кратковременная (не более 5 мин) стабилизация и последующее снижение величины МОК. САД повышалось и в конце экспозиции достигало 153±3 (режим 1), 164±6 (режим 2) и 165±5 (режим 3) мм рт.ст. (исходные значения 126±1 мм рт.ст.). В процессе развития перегревания организма уровень ДАД непрерывно уменьшался с 5-й (режим 3) или 10-й (режим 1, 2) минуты и к моменту «отказа» различия показателя составляли 37±3 (режим 1), 38±5 (режим 2) и 28±4 (режим 3) мм рт.ст. в сравнении с его исходным значением (78—81 мм рт.ст.). СГД после 10-й минуты теплового воздействия непрерывно снижалось и к окончанию эксперимента было ниже исходного (94—95 мм рт.ст.) на 15±3,6 (режим 1), 11±3,2 (режим 2) и 10±2,3 (режим 3) мм рт.ст. ($p<0,01$).

Таким образом, выраженность ответных реакций сердечно-сосудистой системы зависит от величины и продолжительности тепловой нагрузки. Динамика и абсолютные значения ее показателей являются информативными критериями оценки и

контроля предельной и допустимой степени перегревания организма в температурном диапазоне сухого воздуха 70—110 °С. При снижении МОК, происходящем на фоне уменьшения СО крови и продолжающемся росте ЧСС, значительно возрастает рабочая нагрузка на сердце и ухудшаются его приспособительные возможности к тепловой нагрузке.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРМАКОПУНКТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ СОЧЕТАННОГО КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНОГО СИНДРОМА

Болдин А.В. (drboldin@rambler.ru; +7(903)711-5312)

Кафедра восстановительной медицины, реабилитации и курортологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

Повышение эффективности лечения сочетанного кохлеовестибулярного синдрома (КВС) с использованием методик традиционной медицины является актуальной практической задачей, что послужило поводом к проведению данного исследования, **целью которого явилось**: определение эффективности использования антигомотоксических препаратов, вводимых по методике фармакопунктуры при КВС, обусловленном дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и патологической зубной окклюзией.

Материал и методы. Нами были обследованы и пролечены 180 пациентов с клиническими проявлениями КВС, а также наличием у них патологической зубной окклюзии и дисфункции ВНЧС. Все пациенты были обследованы по единой схеме, включавшей мануальную диагностику, оценку состояния ВНЧС, консультацию оториноларинголога и стоматолога, аудиометрию, вестибулометрические тестов и др. Пациенты были разделены на три статистически сопоставимые группы по 60 человек в каждой. Во всех трех группах проводилось индивидуальное пришлифовывание зубов (ИПЗ). Пациенты 1-й группы получали мануальную терапию (МТ) и фармакопунктуру (ФП) препаратом траумель, пациенты 2-й группы совместно с МТ получали препараты траумель и цель Т, вводимые по методике ФП, пациентам 3-й группы проводилось только ИПЗ.

На основании данных, полученных в ходе работы выявлено, что фармакопунктура препаратом траумель обладает отчетливым аналгезирующим эффектом при наличии миофасциального болевого синдрома с достоверным снижением ($p<0,05$) интенсивности боли после 2—3-й процедуры. Применение комбинации препаратов траумель и цель Т, вводимых по методике фармакопунктуры, повышает эффективность лечения пациентов с КВС, сочетанным со средней и тяжелой степенью тяжести дисфункции ВНЧС на 22%. Катамнестическое исследование, достоверно ($p<0,05$) свидетельствовало о более высокой устойчивости терапевтического эффекта в случае комплексного применения препаратов.

* * *

G/A-ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА *EPAS1* У ЕДИНОБОРЦЕВ С РАЗЛИЧНОЙ СПОРТИВНОЙ КВАЛИФИКАЦИЕЙ

Бондарева Э.А.[1] (bondareva.e@gmail.com; +7(495)629-4070), Шаройко М.В.[2] (marina.scharoiko@yandex.ru; +7(925)186-9121), Турова Е.А.[2] (aturova55@gmail.com; +7(916)971-5996)

[1]Научно-исследовательский институт и Музей антропологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Москва; [2]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Устойчивость к гипоксии является одним из важных качеств, определяющих успех в современных спортивных единоборствах. Однако индивидуальные генетические особенности, обусловливающие адаптацию к гипоксическим воздействиям, могут в значительной мере способствовать достижению лучших спортивных результатов (Бондарева и Година, 2016). Одним из перспективных молекулярно-генетических маркеров, участвующих в процессе адаптации организма к гипоксическим условиям, является G/A-полиморфизм гена *EPAS1*.

Целью работы являлось изучение направления отбора G/A-полиморфизма EPAS1 в группах спортсменов-единоборцев с различной спортивной квалификацией.

Всего были обследованы 79 добровольцев мужского пола в возрасте от 7 до 25 лет и 92 человека в контрольной группе неспортсменов. Все обследованные спортсмены занимаются греко-римской борьбой. Из них 30 человек — спортсмены начального этапа подготовки, без квалификационных разрядов; 9 человек — обладатели квалификационных спортивных разрядов; 28 человек — кандидаты в мастера спорта и 12 человек — высококвалифицированные спортсмены мастера спорта и мастера спорта международного класса. В качестве образца биологического материала использовали венозную кровь или эпителий слизистой оболочки ротовой полости. Выделение геномной ДНК и генотипирование по полиморфной системе EPAS1 (G/A, rs1867785) проводили в ООО «Лаборатория «Литех». Статистическую обработку полученных данных проводили с ис-

пользованием пакета прикладных программ Statistica 8.0 («StatSoft», США). Для оценки достоверности различий в распределениях генотипов использовали непараметрический критерий χ^2.

Частоты встречаемости генотипов в контрольной группе: EPAS1*AA — 7,6%; EPAS1*AG — 35,8% и EPAS1*GG — 56,6%, в экспериментальной группе спортсменов: EPAS1*AA — 5,1%; EPAS1*AG — 67,1% и EPAS1*GG — 27,8% данные различия являются достоверными (χ^2=29,5, df=12, p=0,003). В целом обследованная группа борцов греко-римского стиля демонстрирует большую частоту встречаемости мутантного А-аллеля *EPAS1*, который ассоциирован с лучшими аэробными возможностями спортсменов (Bondareva и соавт., 2016). Различия между подгруппами экспериментальной выборки, сформированными согласно уровню достигнутого спортивного мастерства, являются достоверными (χ^2=1335, df=6, p=0,03). Наибольшая частота встречаемости АА-генотипа встретилась в подгруппе высококвалифицированных спортсменов (8,3%), а наименьшая — у разрядников (0%).

Таким образом, мутантный А-аллель *EPAS1* является одним из молекулярно-генетических маркеров предрасположенности к занятиям единоборствами, в частности греко-римской борьбой. Он может учитываться при отборе и профилизации спортсменов на ранних этапах спортивной подготовки.

* * *

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЫШЕЧНЫХ ГРУПП ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Бородулина И.В., Чесникова Е.И., Мухина А.А., Марфина Т.В.

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

Оценка функционального состояния опорно-двигательного аппарата и стабилизирующей системы пояснично-крестцового отдела позвоночника является актуальной задачей в связи высокой распространенностью в популяции патологии нижней части спины и необходимостью персонификации оказываемых реабилитационных мероприятий. Однако отмечается недостаточность методов объективной оценки функционального состояния мышечных групп как у пациентов с дорсопатиями, так и здоровых лиц, а также некорректное использование существующих диагностических инструментов в связи с отсутствием нормативной базы. В связи с этим представляется актуальным исследование характеристик силы мышечных групп пояснично-крестцового отдела позвоночника у здоровых добровольцев.

Материал и методы. В настоящем исследовании была использована диагностическая система с биологической обратной связью Dr. Wolff «Back-Check» (Германия), позволяющая реализовать только точные целенаправленные движения и оценить пиковую силу в группах мышц сгибателей спины (МС) и разгибателей спины (МР). Результат измерялся в килограммах. Возможности аппарата и программного обеспечения «Back-Check» позволяют автоматически рассчитать нормативные значения в зависимости от пола, возраста, роста и массы тела испытуемых.

Нами были обследованы 22 здоровых добровольца в возрасте от 23 лет до 61 года (средний возраст составил 38,4±12,8 года), из них 14 (63,6%) женщин и 8 (36,4%) мужчин. Испытуемые не предъявляли жалоб на боли в нижней части спины, также в анамнезе не имелось сведений об эпизодах болевого синдрома, связанного с патологией позвоночника. Мы произвели оценку соотношения показателя силы каждой из групп мышц к рекомендуемой аппаратом норме. Было выявлено, что у 5 (22,7%) человек сила МР не соответствовала нормативным значениям, разница составила в среднем 19,9±11,4%. У 11 (50%) человек значение данного показателя превышало рекомендуемую норму на 20% и более. При оценке силы МС спины было выявлено, что у 3 (13,6%) человек разница с нормативными показателями аппарата составила менее 1%. У 6 (27,3%) человек данный параметр был меньше рекомендуемой нормы на 19,6±14,2%. 5 (22,7%) испытуемых имели силу МС выше рекомендуемых значений на 20% и более.

Результаты. Полученные данные позволяют сделать предварительный вывод, что нормативные показатели для МС и МР у здоровых лиц могут варьироваться в диапазоне от «нормы», рассчитываемой автоматически аппаратом до значения на 20% ниже. При этом превышение данного параметра не рассматривается как патологическое отклонение.

Вывод. Необходимо продолжение исследования для оценки более объемной и репрезентативной выборки здоровых добровольцев. Также следует включить в оценку показатель соотношения силы МС к МР для комплексного изучения стабилизирующей системы пояснично-крестцового отдела позвоночника.

* * *

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Борукаев А.М.[1] (l.borukaeva@mail.ru; +7(928)080-7731), Борукаева Л.А.[2] (l.borukaeva@mail.ru; +7(925)359-6817), Шибзухова Л.А.[3] (laulau27@mail.ru; +7(928)717-8485)

[1]ФКУ «ГБ МСЭ по Кабардино-Балкарской Республике» Минтруда России, Нальчик; [2]Московский государственный юридический университет им. О.Е. Кутафина (МГЮА), Москва; [3]ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

Детский церебральный паралич (ДЦП) — на сегодняшний день одно из часто встречающихся заболеваний детей. ДЦП — это заболевание центральной нервной системы, при котором происходит поражение одного (или нескольких) отделов головного мозга, в результате чего развиваются непрогрессирующие нарушения двигательной и мышечной активности, координации движений, функций зрения, слуха, а также речи и психики.

Цель исследования — изучение правовых норм осуществления реабилитации детей-инвалидов с ДЦП в условиях санаторно-курортного лечения на базе ГКЦ ДСРЦ «Радуга» МТ и СЗ КБР (г. Нальчик).

Результаты. Санаторно-курортное лечение включало лечебную физкультуру, медикаментозное лечение, массаж, лазеротерапию инфракрасным светом, минеральные грязевые пасты, терапию переменным электромагнитным полем, метод микрополяризации, микроволновую резонансную терапию, фонофорез и электрофорез лекарственных средств, магнитотерапию, парафинотерапию, баротерапию. Лечение проводилось под наблюдением невролога, ортопеда, логопеда, при необходимости и других специалистов. Курс лечения проводился раз в полгода и длился в среднем 35—40 занятий. Анализ эффективности санаторно-курортного лечения в реабилитации детей-инвалидов с ДЦП, прошедших реабилитацию на базе санатория «Радуга», свидетельствует о высокой эффективности санаторно-курортного лечения для данной категории больных и доказывает необходимость и целесообразность данного метода лечения.

В настоящее время изменение законодательства о предоставлении санаторно-курортного лечения детям-инвалидам с ДЦП привело к массовым недовольствам со стороны родителей (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 07.06.18 №321н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения»). Правовое регулирование реабилитации характеризуется отчетливо проявляющейся фрагментарностью и бессистемностью, а потому не обеспечивает необходимой эффективности средств, затрачиваемых из общественных фондов потребления на эти цели. Принципиальным недостатком правотворческой работы является отсутствие попытки связать все вопросы в единое решение, подчиненное единой цели, позволяющее сосредоточить все материальные ресурсы и повысить эффективность не только каждой меры социальной помощи, а всей системы в целом.

Социальная политика должна основываться на следующих принципах: гарантированность государством и закрепление в законодательстве социальной защищенности личности; целевое финансирование, прогнозирование и программно-информационное обеспечение целевых социальных программ; обеспечение профессионально-технического функционирования системы социальных институтов (здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры, охраны труда, занятости и т.п.); легализация, адекватность и дифференцированность социальных гарантий; адресность социальной поддержки населения; ориентация мер, направленных на интеграцию человека в общество.

* * *

ИНТЕРВАЛЬНАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ И ЭНТЕРАЛЬНАЯ ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Борукаева И.Х. (irborukaeva@yandex.ru; +7(928)080-7731), Абазова З.Х. (zalina.abazova@mail.ru; +7(928)717-8485), Рагимбекова М.Р. (ragimbekova@inbox.ru; +7(928)702-9964)

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является серьезнейшей проблемой современной кардиологии и медицины в целом. Поэтому поиск немедикаментозных методов лечения ИБС остается актуальной проблемой. Весьма эффективным и доступным средством улучшения состояния больных ИБС в настоящее время является нормобарическая интервальная гипокситерапия (ИГТ). Комбинированное применение гипокситерапии и оксигенотерапии в виде кислородных коктейлей применяется для лечения многих заболеваний бронхолегочной системы. Однако отсутствуют сведения о комбинированном применении этих методов в кардиологии. Поэтому определение эффективности комбинированного применения ИГТ и энтеральной оксигенотерапии у больных ИБС весьма актуально.

Цель исследования — определение эффективности комбинированного применения ИГТ и энтеральной оксигенотерапии у больных ИБС.

Материал и методы. Обследованы120 больных со стенокардией напряжения I—II функционального класса. Комбинированное лечение, включающее

ИГТ и энтеральную оксигенотерапию, прошли все больных ИБС. Исследование электрофизиологических свойств миокарда проводилось методом электрокардиографии с помощью электрокардиографа Cardiovit — AT-6 фирмы «Schiller» (Швейцария).

Результаты. Анализ ЭКГ показал, что после комбинированного метода лечения достоверно уменьшилось количество эпизодов депрессии сегмента *ST*. Отмечен также антиаритмический эффект: количество желудочковых и наджелудочковых экстрасистол достоверно снизилось. После комбинированного метода достоверно увеличилась продолжительность интервала *Q-T* с 367,22,1 до 381,32,2 мс, характеризующая электрическую систолу сердца. Отмечалось увеличение вольтажа зубца *R* с 1,170,06 до 1,430,02 мV, характеризующего процессы возбуждения в миокарде.

Значительно снизилась частота синусовой тахикардии у 52 больных. Возрастание скорости транспорта и потребления кислорода привели к улучшению коронарного кровотока, о чем свидетельствовало уменьшение дистрофических изменений миокарда у 26 больных после комбинированного метода. Комбинированный метод привел к улучшению процессов проведения, о чем доказывало ускорение проведения по ножкам пучка Гиса у 13 больных. Также улучшилась АВ-проводимость: отмечалось уменьшение интервала *P-Q* до 0,18 мс у 12 больных.

Комбинированный метод привел к активации механизмов адаптации к гипоксии, проявившихся в усилении биохимических механизмов выработки АТФ, нормализации работы Ca^{2+}-насоса саркоплазматического ретикулума миокарда. Таким образом, отмечалось благотворное влияние комбинированного метода лечения, включающего ИГТ и энтеральную оксигенотерапию на биоэлектрическую активность миокарда у больных ИБС. На основании проведенных исследований доказана эффективность и целесообразность применения этого метода в комплексном лечении больных со стенокардией напряжения I—II функционального класса.

* * *

ИНАКТИВАЦИЯ ВИРУСОВ НА ПОВЕРХНОСТЯХ И В ВОЗДУХЕ ПРИ ПОМОЩИ КЛАСТЕРНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩЕЛОЧНЫХ МЕТАЛЛОВ ИЗ КРАСНОГО СИЛЬВИНИТА

Бохан А.Н.[3] (boxan51@mail.ru), Владимирский Е.В.[1], Горбунов Ю.В.[2], Разумов А.Н.[4], Шкляев А.Е.[2]

[1]Пермская государственная медицинская академия (ПГМА), Пермь; [2]Ижевская государственная медицинская академия (ИГМА), Ижевск; [3]ООО «Наука, Инициатива, Практика», [4]Международный университет восстановительной медицины, Москва

Под научно-методическим руководством акад. А.Н. Разумова проводятся исследования горно-химического сырья Верхнекамского месторождения калийно-магниевых солей в качестве природного лечебного ресурса — красного сильвинита для спелеоклиматических камер и бальнеологического сырья.

Ключевые слова: *красный сильвинит (КС), спелеоклиматическая камера (СКК), спелеоклиматотерапия (СКТ), аллергические проявления (АП), инактивация вирусов (ИВ), электроактивированные растворы (ЭАР).*

Более чем сорокалетняя клиническая практика использования КС для лечения поллинозов, аллергического риносинусита вне обострения, хронического обструктивного бронхита вне обострения, бронхиальной астмы, аллергической и неаллергической, легкой и средней тяжести вне обострения (легочная недостаточность не выше II степени), аллергического дерматита, нейродермита подострого или вне обострения, вегетососудистых дисфункций, депрессивных состояний и переутомления организма, показала весьма положительные результаты. Немедикаментозный метод лечения КС по данным нозологиям, основанный на использовании кластерных образований щелочных металлов натрия и калия, позволил сократить или полностью убрать лекарственную нагрузку на организм. Задачей дальнейших исследований является разработка и подбор методик для получения клинического эффекта ИВ гриппа и других вирусных заболеваний, как при использовании ЭАР.

Материал и методы. Физико-химические свойства КС, используемого для создания СКК, определяют минералы галита, сильвина и карналлита. Возраст этих минералов составляет в пределах 250÷280 млн лет. Он состоит из комплекса: 4 основных (K, Na, Mg, Ca) и множества других элементов. Были определены параметры образования солевой аэрозоли кластерного характера в зависимости от климатических условий в СКК и химического состава в атмосфере лечебного пространства. Обнаружено, что при использовании блоков из КС аэрозоль в воздушном пространстве камеры на 60—65% состоит из солей натрия и 30—35% — солей калия, что соответствует содержанию калия и натрия в горных породах. По природе образования кластеры щелочных металлов имеют желеобразную структуру, которая по заряженности соответствует аэрозоли ЭАР. При соответствующем обслуживании СКК, согласно методическим рекомендациям, происходит восстановление количества отрицательно заряженных кластерных аэроинов, выделяемых КС в СКК.

Результаты и обсуждение. Еще в 70-х годах прошлого века проведенные исследования ученых Пермского политехнического института под руководством В.А. Старцева подтверждают выводы о кластерной природе солевой аэрозоли в СКК. В конструктивном варианте СКК лечебные воздействия объединены в комплексный физиотерапевти-

ческий подход, источником которого служит только КС, который определяется аэротерапией, аэроионотерапией, аэрозолетерапией и радонотерапией. Кластерная природа лечебной среды, обеспечивающая неспецифичность нужного благоприятного воздействия на организм без побочных эффектов, соответствует по своим характеристикам аэрозолям ЭАР, которая показана против вирусов, бактерий (споровых и вегетативных форм), микобактерий и грибов.

Вывод. Изучены возможности КС при регламентированных климатических параметрах образовывать в пространстве СКК лечебный аэрозоль, соответствующий действующим требованиям, в основном кластерного происхождения.

Наблюдаемые эффекты при СКТ специфического действия, по нашему мнению, носят более сложный и тонкий характер, связанный на биомолекулярном уровне с влиянием биотехнологических механизмов, создаваемых природным и очень сложным в своем образовании КС.

* * *

ОЗДОРОВЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ С АСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СРЕДСТВАМИ АТЛЕТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Бударников А.А. (budarnikov.a.a@yandex.ru; +7(926)703-0058), Козлов А.В. (alexkozlov56@mail.ru; +7(968)861-5656)

ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва; ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

В настоящее время актуальной является проблема сохранения и укрепления здоровья студенческой молодежи. Напряженная умственная работа, воздействие стрессовых факторов, неправильный образ жизни приводят к возникновению заболеваний, в частности астенического синдрома. Врачи считают астению бедствием современности, так как в клинической практике количество жалоб на ее симптомы составляет около 60%. При лечении астенического синдрома рекомендуется заниматься тонизирующими физическими упражнениями. В связи с этим особый интерес представляет применение средств атлетической гимнастики оздоровительной направленности в процессе физического воспитания студентов, поскольку они играют важную роль в повышении функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем, силовых способностей занимающихся.

Цель исследования — оценить влияние средств атлетической гимнастики на состояние здоровья студентов с астеническим синдромом в процессе физического воспитания.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2016—2017 учебном году на базе Российского университета дружбы народов. В исследовании приняли участие 28 юношей в возрасте 21 года. Были сформированы две однородные по составу группы по 14 человек в каждой. В процессе исследования условия проживания и обучения в обеих группах были идентичны. Отличие состояло в том, что юноши экспериментальной группы (ЭГ) во время занятий физической культурой выполняли упражнения атлетической гимнастики, юноши контрольной группы (КГ) занимались по традиционной программе.

Для оценки влияния средств атлетической гимнастики на состояние здоровья студентов в процессе физического воспитания в начале и в конце исследования определяли уровень физического развития, физической подготовленности и функционального состояния основных систем организма. Оценку проводили на основе анализа динамики показателей.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что в обеих группах наблюдалась положительная динамика по всем показателям кроме роста. Рост студентов в процессе исследования не изменился.

Установлено, что функциональные возможности организма юношей ЭГ к концу учебного года улучшились в большей степени, чем у студентов КГ. В ЭГ показатели ЖЕЛ увеличились на 0,7 л, в КГ — на 0,2 л и составили в среднем 4,2 и 3,7 л соответственно. В ЭГ статистически значимо ($p<0,05$) снизились показатели ЧСС и АД, в КГ достоверных различий не обнаружено.

У занимающихся ЭГ объем грудной клетки в среднем увеличился на 4,5 см, у юношей КГ — на 1,6 см. Показатели силовых способностей в ЭГ и КГ улучшились на 28,6 и 11%, физического развития на — 18,4 и 7,2% соответственно. Отрицательных изменений в состоянии здоровья в процессе исследования выявлено не было.

Таким образом, средства атлетической гимнастики оказывают разностороннее положительное влияние на организм занимающихся и могут быть использованы в решении задач укрепления здоровья студенческой молодежи.

Вывод. Анализ проведенных исследований позволяет утверждать, что средства атлетической гимнастики оздоровительной направленности в процессе физического воспитания студентов с астеническим синдромом способствуют улучшению состояния здоровья, выразившемуся в повышении функциональных возможностей основных систем организма.

* * *

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САНАТОРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Булашова О.В., Мурзаева Н.А., Сибгатуллина А.Н. (boulashova@yandex.ru; +7(987)296-1403)

Союз «Федерация профсоюзов Республики Татарстан», Казань; Казанский государственный медицинский университет, Казань

Организация системы управления качеством медицинской деятельности в учреждениях санаторного типа имеет определенные особенности с точки зрения внутреннего контроля качества, что связано с некоторой ограниченностью объема диагностических процедур и преобладанием в лечении природных лечебных факторов.

Цель публикации — поделиться опытом создания и внедрения системы управления качеством и безопасностью медицинской помощи в санаториях Федерации профсоюзов Республики Татарстан (ФПРТ).

Материалы и методы. Основный метод — анализ медицинской деятельности санаторных учреждений, основанный на данных медицинских отчетов в течение 5 лет, а также требований Росздравнадзора и Роспотребнадзора РФ.

Результаты. В результате проделанной работы специалистами санаторно-курортного управления ФПРТ совместно с сотрудниками Казанского медицинского университета, в том числе клиническими эпидемиологами, создана и внедрена в реальную практику система внутреннего контроля качества медицинской деятельности и эпидемиологической безопасности. Определена цель и совокупность характеристик, отражающих своевременность и качество оказания медицинской помощи, адаптированных к условиям конкретного санатория, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Установлены план, порядок и перечень контрольных мероприятий, а также мониторинг качества и безопасности для формирования управленческого воздействия и контроля исполнения. Проведена корректировка должностных инструкций и трудовых договоров лиц, участвующих в системе. Основное внимание уделено не на собственно операции контроля, а на своевременное обнаружение причин появления некачественной медицинской услуги. Разработаны меры по совершенствованию кадровой политики санаторно-курортных организаций, повышению заинтересованности врачей и среднего медицинского персонала в повышении квалификации и качества работы. Проведена инвентаризация медицинского оборудования и основных фондов, продолжается работа по созданию стандартов оказания лечебных и диагностических процедур, свойственных санаторному учреждению. Контроль и мониторинг качества медицинской помощи являются важной составной частью деятельности Советов по противоэпидемической работе, лечебному питанию и Совета медицинских сестер. Рекомендации выносятся на обсуждение администрации санатория.

Заключение. Действующая в санаториях ФПРТ система управления качеством и безопасностью медицинской деятельности показала свою жизнеспособность и эффективность, способствуя росту привлекательности для клиентов и финансовых успехов здравниц.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Бычкова А.С. (bas13@mail.ru; +7(909)678-2080)

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва

Климактерический период в жизни женщины связан не только с гормональной перестройкой (гипоэстрогенией), но и со многими жизненными переменами. В этот сложный период онтогеза психогении могут вызвать развитие аффективных расстройств, в терапии которых важную роль играет применение адекватных психотерапевтических методов лечения (Н.А. Тювина, 1991 г.).

В период с марта 2018 г. по март 2019 г. в амбулаторных условиях были обследованы 25 женщин в возрасте от 41 до 55 лет. Средний возраст пациенток составил 51,7 года. Критериями включения в исследование являлись: диагностированное депрессивное расстройство на момент осмотра, соответствовавшее МКБ-10; климактерический период; желание и возможность женщины проходить лечение с помощью методик психотерапии. Для объективизации оценки аффективной патологии наряду с клинико-психопатологическим методом обследования была использована самооценочная шкала депрессии Бека (BDI, 1961).

У больных были выявлены следующие клинические формы пограничной психической патологии: смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22) — 32%, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.21) — 24%, депрессивный эпизод легкой степени (F32.0) — 16%, смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) — 28%.

После обследования пациентки проходили курс психотерапии. Психотерапия была направлена на редукцию симптомов депрессии и тревоги, улучшение личных и профессиональных взаимоотношений, объяснение причин развития депрессивного состоя-

ния, а также обучение навыкам преодоления депрессии и самопомощи в трудных ситуациях, формирование у пациентки уверенности в возможности влиять на свое состояние, веры в свои силы. Были использованы методики рациональной психотерапии, а также эриксоновского гипноза и когнитивно-бихевиоральной психотерапии. Средняя продолжительность психотерапии составила 97,4 дня.

При исследовании психического статуса после проведенной психотерапии у пациенток было обнаружено улучшение психоэмоционального состояния. Положительная динамика отмечалась и при анализе коморбидных тревожных расстройств. При оценке динамики состояния больных до и после лечения с помощью психометрической шкалы самооценки депрессии Бека редукция составила 7,66 балла.

Проведенное исследование показало эффективность использования психотерапии в лечении женщин, страдающих депрессивными расстройствами климактерического периода. Методики психотерапии оказались особенно эффективными в тех случаях, когда отчетливо была видна роль психотравмирующих факторов в генезе заболевания.

* * *

ИМПУЛЬСНАЯ НИЗКОЧАСТОТНАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Вахова Е.Л.[1—3], Микитченко Н.А.[1] (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения России»; [2]ГБУЗ «ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения России»; [3]ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

В педиатрии применяются различные виды магнитных полей (вращающее, бегущее, переменное, импульсное и др.) Особое внимание привлечено к импульсному магнитному полю, обладающему наибольшей активностью в биологическом отношении и высокой чувствительностью ткани в отличие от переменного. В настоящее время разработана линейка аппаратов, генерирующих магнитное поле в щадящем импульсном режиме, среди которых аппарат Полимаг-02 является одним из наиболее универсальных для использования в медицинской реабилитации детей с различными заболеваниями.

Научно обоснована целесообразность применения импульсной низкочастотной магнитотерапии от аппарата Полимаг-02 при сколиозах у детей. Установлено повышение показателей силовой выносливости мышц спины, степени подвижности позвоночника; уменьшение асимметрии надплечий, лопаток у большинства детей под влиянием физического фактора, что сопровождалось достоверным улучшением показателей функции внешнего дыхания (ФВД). Применение импульсной низкочастотной магнитотерапии в медицинской реабилитации детей с травмами позвоночника, верхних и нижних конечностей способствовало раннему регрессу болевого синдрома, отека, активации трофико-регенераторных процессов по данным лазерной допплеровской флоуметрии. Под влиянием курсового воздействия импульсной низкочастотной магнитотерапии у детей с бронхиальной астмой по данным кривой поток—объем выявлена положительная динамика показателей бронхиальной проходимости у всех детей, при этом у 40% детей зарегистрирован прирост всех показателей ФВД. Положительная динамика клинических симптомов сопровождалась улучшением психологического статуса в виде снижения исходно повышенных значений суммарного отклонения от аутогенной нормы, индекса тревоги, уменьшения индекса нарушения работоспособности. Установлено благоприятное влияние импульсной низкочастотной магнитотерапии на клиническое течение острого риносинусита у детей, что характеризовалось выраженным противоотечным эффектом, уменьшением вязкости секрета. Зарегистрировано улучшение состояния мукозального иммунитета у детей с риносинуситом, характеризующее повышение защитной системы слизистой оболочки полости носа и уменьшение воспалительного процесса под влиянием магнитотерапии. Выявлена терапевтическая эффективность применения импульсной магнитотерапии при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей, характеризующаяся положительной динамикой клинических симптомов в виде тенденции к нормализации числа мочеиспусканий в сутки, отсутствия ургентных позывов, недержания мочи у большинства детей, что подтверждалось данными ультразвукового исследования, свидетельствующего о снижении процента остаточной мочи у таких детей. Магнитотерапия от аппарата Полимаг-02 является эффективным методом лечения хронического запора у детей, способствуя купированию абдоминального синдрома и явлений энкопреза в более ранние сроки.

* * *

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ В АО САНАТОРИЙ «АЛТАЙ»

Викторова Е.В. (viktorova1112@mail.ru; +7(913)220-4672)

АО санаторий «Алтай», Белокуриха

Здоровье — основа формирования личности. Охрану здоровья членов общества можно назвать

приоритетным направлением деятельности всего общества, поскольку лишь здоровые люди в состоянии эффективно работать, вести полноценную социальную жизнь и приносить пользу обществу и государству. Сохранить здоровье и сформировать здоровый образ жизни помогают здоровьесберегающие технологии. Здоровьесберегающие технологии направлены на формирование здорового образа жизни человека и минимизацию факторов, приносящих вред его здоровью.

Санаторий «Алтай» на протяжении 55-летней деятельности сохраняет и развивает лучшие традиции и технологии здоровьесбережения. Уникальный климат, ценнейшая минеральная вода, горы, покрытые смешанными лесами, делают курорт Белокуриха исключительно благоприятным для лечения и профилактики многих болезней.

В санатории в течение последних нескольких лет реализуется концепция внедрения здоровьесберегающих технологий. Кроме базового санаторно-курортного лечения, разрабатываются и внедряются новые процедуры и программы. С 2015 г. успешно применяются Wellness-программы: «Детокс. Стройность. Тонус» для женщин и «Высокая работоспособность. Активное долголетие» для мужчин. В 2018 г. разработана и внедрена программа «Перезагрузка», в текущем году внедрены две лечебные программы: «Кардиореабилитация», «Здоровая спина и суставы», а также и диагностическая программа «Кардио чекап». Развиваются физкультурно-оздоровительные технологии. В санатории имеются современный зал лечебной физкультуры 144 м^2, где проводятся групповые занятия ЛФК, йога, пилатес и belly dance, акватермальный комплекс с различными видами бань, бассейном и джакузи, спортивно-игровой зал, тренажерный зал. Имеются биллиардный клуб, волейбольная площадка, уличные тренажеры, открытые бассейны. Огромное внимание уделяется развитию экологических здоровьесберегающих технологий. Территория санатория, расположенная вдоль горной речки Белокуриха и окруженная горным лесным массивом, создает природно-географический ландшафт, оказывающий положительное эмоциональное воздействие на человека. Социальные технологии здоровьесбережения учитываются при плановых ремонтах. Интерьеры номерного фонда, холлов и мест общего пользования созданы в классическом стиле. Высококачественная мебель, отделочные материалы, текстиль, сертифицированные для гостиниц, создают комфортные и безопасные условия для проживания. Образовательные здоровьесберегающие технологии направлены на формирование здорового образа жизни у отдыхающих. В 2015 г. в санатории создан Wellness-клуб, проводятся клубные встречи, Wellness-вечеринки, тематические вебинары, выпускается собственный журнал «Здоровье. Красота. Долголетие».

Таким образом, применение здоровьесберегающих технологий в комплексном санаторно-курортном лечении позволяет уменьшить вероятность возникновения того или иного заболевания, облегчает течение имеющихся заболеваний, укорачивает сроки временной нетрудоспособности, повышает качество жизни.

* * *

ОПЫТ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, В ФГБУ «САНАТОРИЙ ИМ. М.И. КАЛИНИНА» МИНЗДРАВА РОССИИ

Водянкина С.А., Петрова В.А., Подгорная Г.И., Дуленко С.А. (triada@sankalinin.org, +7(879)346-2045; факс +7(879)344-1385)

ФГБУ «Санаторий им. М.И. Калинина» Минздрава России, Ессентуки

С августа 1992 г. в Санатории им. М.И. Калинина функционирует специализированное диабетологическое отделение на 100 коек для больных от 4 до 18 лет со сроком пребывания 21 день. К настоящему времени прошли санаторно-курортное лечение более 18 тыс. детей и подростков со всех территорий России. Комплексное лечение и реабилитация детей, больных сахарным диабетом включает диетическое питание по диете 9-б, внутреннее и наружное применение минеральной воды, аппаратную физиотерапию, климатолечение, лечебную гимнастику, массаж, свободное плавание в бассейне. Основным видом лечения является минеральный источник Ессентуки 4, обладающий антикетогенным действием. Он устраняет ацидотический сдвиг, повышает гликогеннообразовательную функцию печени и активность ряда ферментов, активирует кишечно-панкреатические и нейроэндокринные взаимосвязи (энтероинсулярную ось), снижая гипергликемию и глюкозурию. При сахарном диабете 2-го типа, встречающемся у детей значительно реже, снимается напряженная стимуляция b-клеток, что приводит к повышению их функциональных резервов. Углекисло-сероводородные ванны, применяемые в здравнице, повышают каталитическую активность сульфидных групп, донорами которых они и являются. Из методов аппаратной физиотерапии успешно применяются лекарственные форезы на печень, проекцию поджелудочной железы, конечности; магнито-лазерную терапию, синусомодулированные токи, парафинотерапию, магнитотурботрон, нормоксическую баротерапию, динамическую электростимуляцию. В комплексном лечении сахарного диабета широко используем массаж мест инъекций, спины, конечностей. Детям с ЛОР-патологией назначаются ингаляции. Большое значение придается физическим нагрузкам. Функционирует Школа сахарного диабета по двум направлениям.

В результате лечения и реабилитации отмечаются улучшение метаболических показателей, уменьшение или исчезновение клинических проявлений заболевания, снижение потребности в инсулине у 40% лечащихся. Стабильное состояние компенсации сохраняется до 4—6 мес. 97% больных выписываются с улучшением состояния здоровья и ориентированы на перспективу полноценной жизни и отдалением их от взрослой инвалидизации.

* * *

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРИБЫВШИХ ИЗ ЗОНЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ КАТАСТРОФЫ (АРМЯНСК)

Гаврилова О.Ф., Курганова А.В., Цюпко И.В. (olga1711.61@mail.ru; kyrganoval@mail.ru)

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория

В августе 2018 г. в г. Армянск произошла чрезвычайная ситуация, связанная с загрязнением воздуха в результате выброса токсических веществ (сернистый ангидрит) на заводе «Титан». Как известно, здоровье определяется взаимослаженностью множества биологических ритмов, значениями физиологических параметров различных систем организма человека. Поэтому **целью данной работы** явилась оценка состояния показателей основных функциональных систем организма детей, прибывших в Евпаторийский санаторий «Здравница» из зоны с чрезвычайной ситуацией. Проанализированы показатели сердечно-сосудистой, вегетативной нервной систем, а также кристаллограммы 18 детей в возрасте от 4 до 13 лет. Оценку состояния вегетативной нервной системы проводили методом кардиоинтервалографии (КИГ). Из массива кардиоинтервалов в анализ вошли следующие показатели: амплитуда моды (АМО), вариационный размах (ΔХ), индекс напряжения (ИН). Исходный вегетативный тонус (ИВТ) определяли по величине ИН, являющегося суммарным показателем, отражающим степень напряжения регуляторных систем организма. Для оценки состояния кардиореспираторной системы регистрировали и рассчитывали частоту сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление систолическое (САД) и диастолическое (ДАД). Всем детям были проведены кристаллографические исследования слюны. Суть кристаллографического метода состоит в анализе фигур кристаллизации, образующихся при высушивании слюны и имеющих специфическую картину, обусловленную состоянием организма — его нормой или же патологией.

В результате исследования были получены следующие результаты. По оценке исходного вегетативного тонуса выявлены: ваготония у 20% детей, эйтония у 50%, симпатикотония у 30% детей. Изменение вегетативной реактивности: по гиперсимпатикотоническому типу регистрировали у 53,4%, по асимпатикотоническому типу — у 13,0% детей. Недостаточное вегетативное обеспечение в ортоположении (по данным клиноортостатической пробы) регистрировалось у 56,2% детей. По данным периферической гемодинамики, у детей показатели ЧСС, САД и ДАД были близки к допустимым возрастным значениям. Нормальные ЭКГ регистрировались у 25% детей, синусовая тахикардия имела место у 63,3%, нарушение функции проводимости в виде частичной блокады правой ветви пучка Гиса было у 3 детей, нарушение процессов реполяризации регистрировалось также у 3 детей. У детей из данной группы кристаллографические исследования позволили выявить выраженный воспалительный процесс у 41% детей, наличие аллергического компонента у 47%, у 11% детей кристаллографический рисунок соответствовал нормальным показателям.

Таким образом, проведенные нами исследования не выявили специфических отклонений показателей вегетативной нервной, сердечно-сосудистой систем, связанных с чрезвычайной ситуацией. Выявленные функциональные нарушения соответствовали нарушениям в популяции. Кристаллографические исследования слюны подтверждали наличие воспалительного и аллергического процессов у детей с хроническим воспалением носоглотки.

* * *

РАЗРАБОТКА ЛЕЧЕБНЫХ КОМПЛЕКСОВ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гармаш О.И.[1], Попова Е.В.[2], Витринская О.Е.[1], Мельникова Е.Н.[3], Гаврилова О.Ф.[1] (niidkifkr@ mail.ru)

[1]ГБУЗРК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации»; [2]кафедра гинекологии №2 Крымской медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ; [3]ГБУРК Клинический санаторий для детей и детей с родителями «Здравница», Евпатория

Патология пубертатного периода в последние годы имеет четкую тенденцию к увеличению. При этом показатели заболеваемости у девочек-подростков на 10,0—15,0% выше, чем у юношей, а число здоровых школьниц не превышает 10,0—11,0% среди возрастной группы. В структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков воспалительные процессы половых органов составляют 15—18%, нарушения менструального цикла встречаются до 40%, опухоли яичников — до 9%.

Под наблюдением находились 348 девочек в возрасте 12—15 лет, из них 267 девочек с нарушением менструальной функции, 76 девочек с воспалительными заболеваниями малого таза. При поступлении

на санаторно-курортное лечение девочки жаловались на периодические боли внизу живота, болезненные менструации, выделения, бели. При лабораторном исследовании влагалищных мазков у половины больных с воспалительными заболеваниями половых органов обнаружены увеличенное количество лейкоцитов, ключевые клетки, свидетельствующие о наличии бактериального вагиноза.

С целью нормализации менструальной функции в санатории «Здравница» были разработаны лечебные комплексы: на фоне климатолечения, ЛФК, лечебного питания, санации хронических очагов инфекции применялся электрофорез раствора пирацетама по затылочно-глазничной методике. Девочки с воспалительными заболеваниями органов малого таза на фоне санаторно-курортного лечения получали процедуры СМТ-фореза грязевого раствора на область проекции матки или придатков (раздвоенный электрод) по брюшно-крестцовой методике.

После проведенного курса санаторно-курортного лечения, включающего электрофорез раствора пирацетама, наблюдалось улучшение состояния девочек с нарушениями менструального цикла, при этом менструации во время пребывания в санатории были безболезненные, необильные, уменьшалось количество дней и кровопотери. Девочки чувствовали себя окрепшими, жалобы на слабость, головные боли отсутствовали. После проведенного лечения СМТ-форезом грязевого раствора отмечалось улучшение самочувствия девочек с воспалительными заболеваниями органов малого таза. Отсутствовали жалобы на боли внизу живота, не наблюдалось выделений. При осмотре отмечалось уменьшении тяжистости и пастозности придатков, смещение матки в сторону воспаления сохранялось. В мазках не отмечалось повышенного содержания лейкоцитов, отсутствовали ключевые клетки. При исследовании катехоламиновых гормонов наблюдались нормализация содержания адреналина в моче, тенденция к увеличению норадреналина.

Таким образом, курс санаторно-курортного лечения с применением электрофореза пирацетама у девочек с нарушениями менструальной функции и СМТ-фореза грязевого раствора у девочек с воспалительными заболеваниями органов малого таза способствовал нормализации менархе, улучшению общего состояния девочек, при этом результаты сохранялись в течение года после пребывания в санатории.

* * *

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ, ПРОТЕОЛИЗА И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Гармаш О.И.[1], Алиев Л.Л.[2] (niidkifkr@mail.ru; +7(365)693-0435)

[1]ГБУЗ Республики Крым «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации»; [2]кафедра общей и клинической патофизиологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Евпатория

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) остается предметом пристального внимания ревматологов, что обусловлено его лидирующей позицией в структуре ревматических заболеваний и наличием нерешенных вопросов относительно патогенеза, лечения, профилактики и предупреждения прогрессирования патологического процесса. В настоящее время терапия больных ревматоидным артритом (РА) предусматривает воздействие на ведущие патогенетические звенья. В этих условиях остаются актуальными фундаментальные исследования, результаты которых позволяют расширить представления о патогенетических основах РА и механизмах действия физических факторов и, как следствие, оптимизировать существующие методы лечения.

Материал и методы. Изучение динамики провоспалительных цитокинов, показателей протеолиза, функциональных показателей эндотелия под влиянием санаторно-курортного лечения проведено у 112 детей, больных ЮРА, на этапе санаторно-курортного лечения.

Результаты. До начала лечения у детей с ЮРА показано увеличение уровня провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 и фактора некроза опухолей, величина которых связана с количеством и характером изменений в пораженных суставах. Для детей с ЮРА характерна классическая картина дисбаланса протеиназ-ингибиторной системы, которая наблюдается при аутоиммунных и воспалительных заболеваниях. Дисбаланс выражается в повышении активности протеаз (эластазоподобной и трипсиноподобной активности) и снижением уровня их ингибиторов (α-1 ингибитора протеаз и кислотостабильных ингибиторов). Выявлены корреляционные связи между показателями протеолиза и биохимическими и иммунологическими параметрами. Установлено наличие дисфункции эндотелия у детей с ЮРА, определены прямые корреляционные связи между показателями эндотелия и иммунологическими параметрами, а также кровенаполнением периферических сосудов.

После санаторно-курортного лечения у детей с ЮРА наблюдались улучшение общего самочувствия, уменьшение выраженности болевого синдрома в суставах и длительности утренней скованности. Отмечалось иммуномодулирующее действие на повышенный

уровень провоспалительных цитокинов, более значимое у больных с олигоартритом, с длительностью заболевания до 5 лет, с минимальной степенью воспалительного процесса. После применения грязевых аппликаций определялась нормализация сниженного уровня ингибиторов и повышенного уровня протеаз, что в дальнейшем приводило к уменьшению воспалительных изменений в суставах детей с ЮРА. В процессе санаторно-курортного лечения у детей с ЮРА выявлены разнонаправленные изменения функциональных показателей эндотелия: при грязелечении и лазеротерапии — вазоконстрикторный эффект, а при бальнеолечении и лазеротерапии преобладание вазодилатационного эффекта. Полученные данные уточняют механизм действия физических факторов и могут быть использованы для дифференцированного назначения санаторно-курортного лечения.

* * *

ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВОЧЕК

Геворкян Г.А.[1], Ипатова М.В.[1], Маланова Т.Б.[1], Асланян К.О.[1], Голубева О.Н.[1], Кругляк Д.А.[1], Новикова Е.В.[2, 3] (mavlip@yandex.ru)

[1]ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва; [2]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [3]ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Распространенность гинекологической патологии среди девочек высока. Поэтому лечебная стратегия у юных пациенток базируется на большом комплексе лечебных мероприятий, где физиотерапия (ФТ) занимает одно из приоритетных мест.

Цель исследования — определение прогностической ценности ФТ у девочек с гинекологическими заболеваниями.

Обследованы 272 девочек в возрасте 6—17 лет, оперированных по поводу доброкачественных образований яичников и получивших антибиотикопрофилактику. Важно подчеркнуть, что даже плановые операции сопровождаются высокой степенью токсемии (100%), неблагоприятным характером адаптационных реакций (86,4%) и болевым симптомом (84,9%). В 1-е сутки после операции, назначали низкочастотную магнитотерапию, инфитатерапию, т.е. ФТ, не обладающую пролиферативным действием.

ФТ способствовала подавлению воспалительного процесса (100%), повышению неспецифической резистентности (76,5%) и улучшению адаптационных реакций (82,4%) у оперированных девочек, а также сокращение сроков полного болеутоления на 27%. Динамика показателей у пациенток при антибиотикопрофилактике была менее значима.

Дифференцированное назначение 179 девочкам 13—17 лет с хроническим сальпингитомультратон-, электроимпульсной, магнито- и лазеротерапии или терапии бегущим магнитным полем обеспечило стойкий клинический эффект у 124 (69,3%) пациенток за счет сокращения сроков полного болеутоления в 2 раза вследствие снижения сенсорной составляющей боли, повышения адаптационных резервов организма и развития стойкой резистентности у 64,2% пролеченных. Эффект ФТ обеспечил восстановление вегетативного (86%) и иммунного гомеостаза (62,6%), улучшение регионарной гемодинамики (78,8%).

У 57 девочек 15—17 лет с первичной олигоменореей имелся клинически манифестный синдром вегетативной дистонии (СВД) гипертонического (24 человека) или гипотонического (33 человека) типа. Дистанционная инфитатерапия способствовала устранению признаков вегетативной дисрегуляции у 77,4% пациенток с СВД гипертонического типа. А инфитатерапия с гальванизацией воротниковой зоны — у 88,2% девочек с СВД гипотонического типа. При этом улучшение церебральной гемодинамики отмечено у 82,3 и 69,5%, процессов внутренней синхронизации при усилении влияния активирующих неспецифических систем мозга на кору больших полушарий — у 80,6 и 76,5%, а нормализация ритма менструаций — у 96,8 и 88,2% девочек соответственно в ближайшие 6 мес. Улучшение гормонального статуса и психоэмоционального состояния в периоде последействия ФТ выявлено у 100% больных. Клиническое выздоровление констатировано у 73—86% юных пациенток с ФТ через 6 мес.

Вывод. Дифференцированное назначение ФТ при контролируемом системном подходе обеспечивает клинический эффект у 70% девочек с гинекологической патологией.

* * *

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО И СВЕТОДИОДНОГО ОСВЕЩЕНИЯ С ТЕМПЕРАТУРОЙ 2300 К НА АКТИВНОСТЬ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Гизингер О.А.[1] (ogizinger@gmail.com; +7(919)319-4604), Долгова В.И.[2] (23a12@list.ru; +7(919)312-2570), Мамылина Н.В.[2] (mamilinanv@cspu.ru; +7(950)748-1406), Семченко А.А.[2] (semchenkoaa@bk.ru; +7(951)111-2558), Бобин С.А.[2] (djstep28@mail.ru; +7(950)740-3102), Лакницкая А.О.[1] (doc.anastasiya@mail.ru)

[1]Южно-Уральский медицинский университет, Челябинск; [2]Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет, Челябинск

Свет является разновидностью электромагнитного излучения волны разной длины, от которой, собственно, и зависит цвет. Может оказывать влияние на состояние фагоцитирующих клеток и, как следствие, на иммунный гомеостаз. Данный факт может быть использован в физиотерапии при проведении хромотерапии.

Цель исследования — в экспериментальных условиях изучить влияние люминесцентного и светодиодного освещения температурой 2300 К на функциональную активность нейтрофильных гранулоцитов периферической крови.

Материал и методы. Использована кровь 50 клинически здоровых людей-добровольцев в возрасте 18,8±2,3 года, от которых было получено письменное информированное согласие на участие. Исследовали: влияние люминесцентного и светодиодного освещения 2300 К на функциональную активность нейтрофилов. Заключительным этапом был сравнительный анализ действия света, генерируемого светодиодными и люминесцентными источниками на функционально-метаболический статус нейтрофильных гранулоцитов. Световая экспозиция люминесцентными и светодиодными искусственными источниками осуществлялась с помощью световых установок в течение 5, 10 мин. Поглотительную способность исследовали с частицами монодисперсного полистирольного латекса, учитывали активность, интенсивность фагоцитоза и фагоцитарное число (И.С. Фрейдлин). Кислородзависимый метаболизм исследовали, учитывая интенсивность восстановления нитросинего тетразолия (НСТ) в диформазан в спонтанном и индуцированном НСТ-тесте и расчетом функционального резерва фагоцитов (А.Н. Маянский).

Результаты. В условиях *in vitro* при оценке функциональной активности нейтрофилов при воздействии люминесцентного освещения на 12% снижались показатели фагоцитарной активности, спонтанного и индуцированного НСТ-теста по сравнению со светодиодным излучением после экспозиции взвеси фагоцитов 5, 10 мин с температурой 2300 К. Воздействие светодиодного освещения не изменяло фагоцитарную активность, кислородзависимый метаболизм, функциональный резерв нейтрофилов. Установлено, что люминесцентное освещение, в отличие от светодиодного, в условиях *in vitro* незначительно снижает фагоцитарную, НСТ-редуцирующую активность нейтрофилов, фагоцитарное число. Выявленные недостоверные изменения снимают ограничения по использованию как светодиодных, так и люминесцентных источников света с температурой 2300 К для хромотерапии.

* * *

ФИЗИОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Голдобина Л.П.[1] (larisa_ch21@mail.ru; +7(917)771-0021), Ирха Г.Р.[1] (irkha62@mail.ru, +7(917)795-2961), Столярова Т.В.[2] (stv-firt@yandex.ru; 8(987)586-7235), Абдюкова Э.Р.[2] (cardiolog79@mail.ru; +7(917)349-4930), Атнагулова Э.Р.[2] (atnagulova-87@mail.ru)

[1]Клиника ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа; [2]ГБУЗ РБ БСМП, Уфа

Сопутствующая патология органов пищеварения существенно отягощает течение бронхиальной астмы (БА) и усложняет ее лечение, что актуализирует поиск эффективных методов реабилитации.

Цель исследования — изучение эффективности использования КВЧ-терапии (электромагнитного излучения миллиметрового диапазона) в комплексном лечении больных БА с сопутствующей патологией органов пищеварения.

Материал и методы. Наблюдали 87 больных смешанной формы БА в возрасте от 17 до 68 лет. У всех обследованных имелись заболевания пищеварительного тракта: гастрит или гастродуоденит. Пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по основным клиническим и функциональным показателям: основная (48 человек) и контрольная (39 человек). Пациенты основной группы наряду с базисной медикаментозной терапией получали КВЧ-терапию на межлопаточную и подлопаточную зоны, а также на эпигастральную зону. Длина волны составляла 5,6—7,1 мм. Воздействие проводилось по скользящей методике по зонам. Продолжительность воздействия — 20 мин. На курс лечения — 10 сеансов.

Результаты. В основной группе существенно сократилась частота предъявляемых жалоб на удушье и кашель, а также жалоб со стороны органов пищеварения (уменьшились болевой синдром и диспепсические расстройства). У пациентов основной группы значительно улучшилась бронхиальная проходимость, что подтвердилось спирографическими показателями.

Комплексная интегральная оценка результатов лечения, учитывающая динамику клинических, лабораторных и функциональных показателей, показала эффективность применения КВЧ-терапии в лечении больных БА с сопутствующей патологией органов пищеварения: 78,9% или 15 баллов в основной группе и 43,6% или 8,3 балла в контрольной группе. Ремиссия в основной группе составила 6,7 мес, а частота обострений сократилась в 1,5 раза.

* * *

БЕЗОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТОВ DRX9000 И DRX9500

Головина Т.В. (axiomrus@mail.ru; +7(985)765-8329), Метелкина Л.П., Пронин И.Н.

Медицинский центр ООО «АКСИОМА», Академия медико-технических наук РФ, ННПЦН Нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко, Москва

Цель исследования — оценка эффективности аппаратов для безоперационной спинальной декомпрессии (DRX9000 и DRX9500) у пациентов с дегенеративными заболеваниями межпозвонковых дисков с использованием стандартизованного протокола.

Материал и методы. Ретроспективное исследование включало 150 пациентов с дегенеративными заболеваниями поясничного и шейного отделов позвоночника, подвергшихся моторизованной безоперационной спинальной декомпрессии аппаратами DRX9000 и DRX9500 в течение 6 нед с магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) сканированием. Из них 81 мужчина и 59 женщин в возрасте от 18 до 75 лет.

Показаниями к лечению являлись боли в поясничном и шейном отделах позвоночника, обусловленные грыжами межпозвонковых дисков, протрузиями дисков, дегенеративными изменениями дисков, миофасциальным болевым синдромом, дегенеративными изменениями межпозвонковых суставов с формированием фасет-синдрома. Противопоказаниями являются: спондилолистез с нестабильностью, секвестрированная грыжа диска, метастазы, беременность, остеопороз, неспецифические и специфические спондилиты, гемиплегия. Диагноз ставился на основании неинвазивных методов исследования: МРТ, КТ, функциональных спондилограмм, неврологического статуса с тестированием.

Основной оценкой эффективности лечения были: изменения боли, измеряемые по словесной шкале Oswestry (0 — отсутствие боли, 10 — интенсивные боли), и изменения гидратации диска, измеряемые Т2, временем релаксации на МРТ перед и через 3—6 мес после лечения.

Метод лечения основан на локальной декомпрессии корешка на уровне пораженного сегмента. Внутри диска создается отрицательное давление, позволяющее обеспечить реоксигенацию, регидратацию и нормализацию трофики диска, что приводит его к восстановлению.

Результаты. Интенсивность боли у пациентов уменьшалась с 6,5 до 2 (66,7%) балла и с 6,5 до 0,8 (30,7%) балла по шкале боли Oswestry. Проведены пилотные исследования по измерению на МРТ Т2 времени релаксации межпозвонкового диска, что позволяет количественно оценить гидратацию диска. Выраженность хронической боли снизилась у 95% пациентов. 3-летний катамнез леченых больных показал, что у 86% сохраняется положительный результат.

Вывод. Нехирургическая спинальная декомпрессия является эффективным лечением дискогенных заболеваний шейного и поясничного отделов позвоночника с помощью систем DRX9000 и DRX9500. Этот метод является высокоэффективным инновационным методом реабилитационного лечения, не являясь альтернативой хирургическому методу лечения.

* * *

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТА РЕКСОД НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ

Голобородько Е.В., Петрова В.В.

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна», Москва

В связи с участившимися скандалами в спорте высших достижений, связанных с применением препаратов, входящих в «запрещенный список» ВАДА, актуальной задачей является изучение влияния лекарственных средств, разрешенных для применения, на показатели, характеризующие успешность профессиональной деятельности спортсменов.

В Отделе экспериментальной спортивной медицины ФГБУ «ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна» ФМБА России разработан и внедряется унифицированный подход к экспертной оценке эффективности новых средств и технологий в спортивной медицине. В основе подхода — анализ эффективности воздействия на функциональные показатели организма спортсмена, определяющие успешность его выступления на спортивных состязаниях.

В настоящей работе проводилась экспертная оценка влияния препарата рексод на функциональную готовность и клинико-биохимические показатели у высококвалифицированных спортсменов.

Рексод (рекомбинантная супероксиддисмутаза человека) относится к ферментным антиоксидантным препаратам, обладающим противовоспалительным, антигипоксическим и антицитолитическим действием.

Исследование проводили у 28 спортсменов лыжных видов спорта не ниже первого взрослого разряда (23 мужчины и 5 женщин), средний возраст 23 года.

Влияние препарата рексод определяли по субъективной оценке его действия, по динамике антропометрических данных, параметрам состава тела, показателям клинического и биохимического анализов

крови, общего анализа мочи, параметрам физической работоспособности на лыжероллерном тредбане, результатам психологического обследования. Комплексную оценку функционального состояния проводили с применением АПК «Диамед» по параметрам вариабельности сердечного ритма, биоимпедансметрии и биоэлектрографии.

По разработанной стандартной программе обследования проведена экспертная оценка влияния препарата рексод при курсовом применении на функциональное состояние организма спортсменов на фоне субмаксимальных физических нагрузок по прямым и косвенным показателям физической и умственной работоспособности и по клинико-биохимическим показателям организма спортсменов, характеризующих деятельность нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем и системы кроветворения. Проведенные исследования не выявили как значительного положительного, так и отрицательного влияния исследуемого препарата.

* * *

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ И ЛЕЧЕНИЕ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ ПО МЕТОДУ ВНУТРЕННЕЙ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ DRX В СОЧЕТАНИИ С ТЕХНОЛОГИЯМИ НЕТРАКЦИОННОГО ХАРАКТЕРА

Головина Т.В.[1] (axiomrus@mail.ru; +7(985)765-8329), Разумов А.Н.[2], Величко Б.Я.[3]

[1]ООО АКСИОМА; [2]Национальная курортная Ассоциация, Москва; [3]Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург

Практически каждый из нас хотя бы раз в жизни испытывал боли в шее, спине, пояснице или суставах. На сегодняшний день эти боли являются наиболее распространенными симптомами, с которыми пациенты обращаются к врачу.

Все чаще мы слышим диагноз «межпозвонковая грыжа» и абсолютно не понимаем, что нужно делать и к какому специалисту обращаться. Как правило, поиски заканчиваются в кабинете нейрохирурга. Однако в большинстве случаев операции можно избежать, предупредив ее с помощью инновационных медицинских технологий, которые теперь доступны каждому. Их внедрение на российском рынке медицинского оборудования и услуг дало шанс сотням людей обрести здоровье и значительно улучшить качество жизни.

В настоящее время, по данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в развитых странах распространенность дорсопатии (остеохондроза) является не только серьезной медицинской, но и социальной проблемой. В США и странах Западной Европы от симптомов дорсопатии страдают 50—80% населения и ежегодно заболеваемость увеличивается на 5%. Четко проявляется тенденция омоложения этого недуга.

Желание любого человека избежать операции и найти альтернативные методы лечения выглядит естественно на фоне стремительного внедрения инноваций в медицине. Анализ мировых достижений в этой области показал, что самую эффективную технологию безоперационного лечения позвоночника разработала компания «Axiom Worldwide Inc.» (США) в сотрудничестве с учеными NASA и аппаратно реализовала ее в комплексах DRX9000 и DRX9500 (DRX9000C).

Одним из важнейших элементов позвоночного столба является межпозвонковый диск, который состоит из пульпозного ядра, фиброзного кольца и замыкательных гиалиновых пластинок. На протяжении жизни человека межпозвонковые диски наряду с другими органами и тканями подвергаются возрастной инволюции, сущность которой заключается в дегенеративно-дистрофических изменениях. При появлении грыжевого выпячивания воздействию подвергается весь связочно-фасциальный комплекс позвоночно-двигательного сегмента в силу тесных связей фиброзного кольца, задней продольной связки и оболочек спинного мозга. Терапия болевых и радикулярных синдромов как в шейном, так и в поясничном отделах должна быть адаптирована с учетом возраста, выраженности боли и стадии заболевания (острая, подострая, хроническая). Нехирургическое лечение разрабатывается на основании наличия и выраженности ведущего клинического синдрома — боли в шейном или пояснично-ном отделах позвоночника и радикулопатии. Развитие острой боли в шее или пояснице требует быстрой медикаментозной терапии: анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикоиды. Подострые боли могут развиваться через несколько недель после острого начала, несмотря на медикаментозную терапию. Лечение при этом складывается из паравертебральных, эпидуральных блокад, применения иммобилизации, физиотерапии и ограничения нагрузок. Через 2—3 нед показаны изометрические упражнения, физиотерапия, вытяжение, мануальная терапия, акупунктура.

Арсенал средств и методов лечения «болей в спине», которыми располагают врачи-ортопеды, неврологи и нейрохирурги достаточно обширен. Вытяжение является одним из традиционных методов лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и последствий его травм. На основании систематических обзоров существуют данные об увеличении с помощью тракции (вытяжения) межпозвонкового пространства, снижении протрузий диска и внутридискового давления, увеличении уровня вызванных соматосенсорных по-

тенциалов, снятии спазма паравертебральных мышц. Все это приводит к снижению интенсивности болевого синдрома шейного или поясничного отделов позвоночника. Применяются следующие виды тракции: аутотракция, тракция на кровати, подводная тракция, постоянная или периодическая тракция. Эти типы тракции сложно стандартизировать, воздействие идет на весь позвоночник, пациент плохо переносит тяговую силу, что может вызвать контрактуру паравертебральных мышц и снизить эффективность лечения.

Лечение с использованием метода внутренней локальной декомпрессии является принципиально новым методом безоперационного лечения межпозвонковых грыж пояснично-крестцового и шейного отделов позвоночника с декомпрессией корешков и спинного мозга. Метод лечения основан на локальной декомпрессии корешка на уровне пораженного сегмента, при этом весь остальной позвоночник остается в покое.

Работа аппарата начинается с установки стола в вертикальное положение. Пациент встает на весы, встроенные в стол. Компьютер сообщает специалисту точную силу воздействия, используемую при лечении больного. Фиксируется масса тела пациента на момент сеанса — первый индивидуальный параметр. Стол переводится в горизонтальное положение. Закрепляют пациента на столе аппарата с помощью специального «ремня безопасности» (упряжи) для грудной клетки и «плечевой поддержки». Специальная подпорка помещается под колени пациента, чтобы устранить вращательные движения таза. Под поясницей поддувается лордотическая подушка до комфортного состояния. Таким образом учитывается второй индивидуальный параметр — естественный изгиб лордоза. К нижней части упряжи присоединяется ремень, выставленный под определенным углом, через который происходит тяга. Угол наклона устанавливается в соответствии с уровнем грыжевого выпячивания — третий индивидуальный параметр. Программа сеанса задается двумя параметрами: углом наклона ремня и массой тела пациента. После выхода аппарата на расчетные параметры открывается стол. Пациент находится в состоянии максимального расслабления, т.е. псевдоневесомости. Таким образом, мы имеем четко зафиксированную точку приложения силы и саму силу, величина которой изменяется по графику. За счет перенастройки параметров ремень совершает «подергивания» с частотой 18 раз в секунду, что заставляет мышцы расслабиться (эффект гиперусталости мышцы) и не участвовать в процессе.

Благодаря такому воздействию нижний позвонок проблемного сегмента «оттягивается» от верхнего, увеличивается пространство между ними. Образуется эффект псевдовакуума. Жидкость, омывающая диск, начинает поступать в образовавшееся пространство. Диск набирает массу, восстанавливает объем. Существенно изменяется процентное соотношение массы тела грыжи к массе тела диска. Восстанавливается амортизационная функция позвоночника в данной точке. Грыжа перестает поддавливать нервный корешок, т.е. быть агрессивной, и за счет псевдовакуум-эффекта постепенно частично «втягивается». При этом весь позвоночник, исключая проблемный сегмент, не растягивается. Меняется взаимодействие нервного корешка и грыжи. Главное не то, что грыжа исчезает (чаще она существенно уменьшается в размере), главное — боль уходит. Курс лечения состоит из 20 процедур по 30—45 мин за сеанс. Процедуры проводятся ежедневно в течение первых 2 нед, 3 раза в неделю в течение 2 нед, а затем 2 раза в неделю в течение 2 последующих недель.

Методика «Локальная внутренняя дискорадикулярная декомпрессия в лечении и реабилитации больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (ДДЗ)» утверждена, зарегистрирована и рекомендована для врачей Научным советом Российской академии медицинских наук по восстановительной медицине, лечебной физкультуре и спортивной медицине. Благодаря тому, что воздействие оказывается на один конкретный межпозвонковый диск, данный метод может быть применен не только в лечебных, но и профилактических целях, для реабилитации, в санаторно-курортной практике, при рецидивах после хирургического вмешательства, ранее оперированным пациентам или с проблемами в других сегментах, а также в комплексе с физиотерапией, магнитотерапией, рефлексотерапией, массажем, мануальной терапией. Методы восстановления межпозвонковых дисков и лечения межпозвонковых грыж по методу внутренней локальной декомпрессии в течение более 15 лет используются в России.

Любой метод лечения заболеваний опорно-двигательной системы позвоночника, многогранно изученный, описанный и признанный своим применением в массе основных медицинских школ и систем на всех континентах, постоянно будет задействовать новые научные исследования. Наука развивается, иногда доказанные взгляды берутся под сомнение и меняются — такова жизнь медицинской науки, ибо каждое большое открытие — это взгляд в бездну неизученного.

Судьба изученного, испытанного и широко применяемого метода безоперационной спинальной декомпрессии по технологии DRX не исключение. Исследование большого, статистически значимого количества пролеченных и многократно обследованных пациентов с отдаленными результатами на протяжении 5—10 лет, доказало свою эффективность.

Цель исследования — прогресс в лечении, при изменении стандартной схемы и алгоритма проце-

дуры и введении в протокол дополнительных технологий нетракционного характера. Исследование было проведено в Институте экспериментальной медицины НИЛ, Отделе изучения и внедрения восстановительных технологий опорно-двигательного аппарата РАМТН Санкт-Петербурга.

По социальным причинам (режим работы, проживание в других регионах и странах и др.) были внесены изменения в сроки проведения терапии: на системе DRX9000 вместо 20 процедур в течение 6 нед (стандартная система). Первый вариант — 20 процедур ежедневно. Второй вариант — 14 процедур ежедневно на системе DRX9000, 10 процедур на системе DRX9500 — 10. Третий вариант — 20 процедур на системе DRX9000 из них 8 ежедневно и 12 процедур дважды в день с промежутком 8 ч. Всем пациентам проводилось восстановление обменно-денегеративных процессов по методике нутрициотерапии, включая восстановление хондрального, минерального, водного, липидного обмена. Из физиотерапевтических методов применялась технология терагерцевой и длинноволновой терапии в ежедневном стандартном режиме до или после процедуры на системе DRX, в зависимости от болевого синдрома.

Материал и методы. Исследование включало 225 пациентов ДДЗ и грыжами шейного и поясничного отделов позвоночника (2015—2018 гг.): 145 мужчин и 80 женщин в возрасте от 33 до 74 лет. Показаниями к лечению на системах DRX9000, DRX9500, терагерцевой и длинноволновой терапии являлись: боли в поясничном отделе позвоночника, обусловленные грыжами межпозвонковых дисков, протрузиями дисков, дегенеративными изменениями дисков, миофасциальным болевым синдромом, дегенеративными изменениями межпозвоночных суставов с формированием фаст-синдрома.

Противопоказания к лечению на данных системах были следующие: спондилолистез с нестабильностью, секвестрированная грыжа диска, метастазы, беременность, остеопороз, неспецифические и специфические спондилиты, гемиплегия.

Диагноз ставился на основании неинвазивных методов исследования: магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ), функциональных спондилограмм, неврологического статуса с тестированием и оценкой интенсивности болевого синдрома с использованием шкал Oswestry.

Тестирование включало опросник Oswestry, который суммировал информацию, связанную с функциональным статусом и симптомами, а также модифицированное исследование, в которое входила оценка рефлексов (нормальные, сниженные или отсутствие), оценка походки, наличие кифоза, тест с прямо поднятой ногой (иррадиация боли в поясницу или ногу). При поднятии ноги на 30 градусов или меньше тест считался положительным, также определялось нарушение чувствительности.

Клиническая картина при дискогенной радикулопатии проявилась у всех пациентов болевым синдромом (люмбалгия, проекционные радикулярные боли в зоне соответствующего дерматома). У 86 (33%) пациентов отмечены расстройства чувствительности (гиперестезия, гиперпатия) согласно дерматому. Трофические расстройства в виде гипотрофии мышц, а также вазогенные расстройства (похолодание конечностей, изменение окраски кожи) были выявлены у 39 (15,2%) пациентов, 98 (52%) пациентов имели порез мышц, иннервируемых пораженным корешком. Рефлекторные нарушения имели место у 99 (62%) пациентов, изменения походки, симптомы натяжения у больных с грыжами диска и дегенеративными заболеваниями поясничного отдела имели место у 36 (19%) пациентов и у 32 (12%) пациентов соответственно.

В исследовательской группе (62 пациента) с грыжами межпозвонковых дисков в шейном отделе имели место болевой синдром, который часто носил двусторонний характер с иррадиацией в надплечье. Чувствительные нарушения, выпадение сухожильных рефлексов, локальные мышечные атрофии соответствовали иннервируемым дерматомам, что характерно для корешкового (радикулярного) синдрома, при радикулоишемии выявлялись парезы дельтовидной и двухглавой мышц, парезы мышц кисти.

Согласно МРТ, пациенты были разделены на четыре группы:

— 1-я — центральная (медиальная группа с дегенеративными изменениями) — 50 пациентов;

— 2-я — латеральная (парамедиальная группа с дегенеративными изменениями) — 75 пациентов;

— 3-я — множественные грыжи дисков с дегенеративными изменениями — 38 пациентов;

— 4-я — дегенеративные заболевания шейного и поясничного отделов — 62 пациента.

Радикулопатия выявлена — у 81 пациента, монорадикулярный синдром — у 96 пациентов, радикулоишемия — у 44 пациентов.

Результаты. Согласно шкале боли Oswestry, лечение было успешным в 95% случаев. Полный регресс боли и очаговой неврологической симптоматики имел место у 72 (32%) пациентов. Показатель выраженности боли в этой группе больных по шкале Oswestry с 6,5 балла до начала терапии на системах DRX до 0,8 балла после. У 144 (63%) пациентов показатель выраженности боли снизился с 6,5 балла по шкале боли Oswestry до 2 баллов. Пациенты сообщали об отсутствии или значительном уменьшении боли. Восстановление двигательных нарушений произошло у 85% пациентов. Эффект отсутствовал у 9 (5%) пациентов.

Вывод. Нехирургическая спинальная декомпрессия является эффективным лечением диско-

генных заболеваний шейного и поясничного отделов позвоночника с помощью систем DRX9000, DRX9500.

Комплекс лечения систем DRX с системой терагерцевой и длинноволновой терапии, а также нутриотерапии позволяет сократить сроки лечения до 15—20 дней в условиях стационара или санитарно-курортного лечения. Это особо актуально для пациентов, приезжающих из других регионов России и стран, а также работающего населения.

С учетом вышеупомянутого, можно сделать вывод о том, что широкое распространение метода восстановления межпозвонковых дисков и лечения межпозвонковых грыж с помощью систем DRX9000 и DRX9500 позволит, с учетом невысоких затрат, повысить качество жизни и работоспособность граждан, сохранить их здоровье и активное долголетие.

* * *

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ И ПРОФИЛАКТИКА ДОРСОПАТИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТОВ DRX9000 И DRX9500

Головина Т.В., Метелкина Л.П., Пронин И.Н.

Академия медико-технических наук РФ; ООО «АКСИОМА»; ННПЦН Нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва

Цель исследования — оценка эффективности аппаратов для безоперационной спинальной декомпрессии (DRX9000 и DRX9500) у пациентов с дегенеративными заболеваниями межпозвонковых дисков с использованием стандартизованного протокола.

Материал и методы. Ретроспективное исследование включало 190 пациентов с дегенеративными заболеваниями поясничного и шейного отделов позвоночника, подвергшихся моторизованной безоперационной спинальной декомпрессии аппаратами DRX9000 и DRX9500 в течение 6 недель с МРТ и КТ сканированием. Из них 100 мужчин и 90 женщин в возрасте от 18 до 75 лет.

Показаниями к лечению являлись боли в поясничном и шейном отделах позвоночника, обусловленные грыжами межпозвонковых дисков, протрузиями дисков, дегенеративными изменениями дисков, миофасциальным болевым синдромом, дегенеративными изменениями межпозвонковых суставов с формированием фасет-синдрома. Противопоказаниями являются: спондилолистез с нестабильностью, секвестрированная грыжа диска, метастазы, беременность, остеопороз, неспецифические и специфические спондилиты, гемиплегия. Диагноз ставился на основании неинвазивных методов исследования: магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ), функциональных спондилограмм, неврологического статуса с тестированием.

Основной оценкой эффективности лечения были изменения боли, измеряемые по словесной шкале Oswestry (0 — отсутствие боли, 10 — интенсивные боли) и изменения гидратации диска, измеряемые Т2 временем релаксации на МРТ перед и через 3—6 мес после лечения.

Метод лечения основан на локальной декомпрессии корешка на уровне пораженного сегмента. Внутри диска создается отрицательное давление, позволяющее обеспечить реоксигенацию, регидратацию и нормализацию трофики диска, что приводит его к восстановлению.

Результаты. Интенсивность боли у пациентов уменьшалась с 6,5 до 2 (66,7%) баллов и с 6,5 до 0,8 (30,7%) балла по шкале боли Oswestry. Проведены пилотные исследования по измерению на МРТ Т2 времени релаксации межпозвонкового диска, что позволяет количественно оценить увеличение гидратации диска. Выраженность хронической боли снизилась у 95% пациентов. 3—5-летний катамнез леченых больных показал, что у 86% сохраняется положительный результат.

Вывод. Нехирургическая спинальная декомпрессия является эффективным лечением дискогенных заболеваний шейного и поясничного отделов позвоночника с помощью систем DRX9000 и DRX9500. Этот метод является высокоэффективным инновационным методом реабилитационного лечения, не являясь альтернативой хирургическому методу лечения.

* * *

ИНТЕРАКТИВНАЯ ОНЛАЙН-ПРОГРАММА САМОПОМОЩИ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДОМАШНИХ ЗАДАНИЙ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Голубев М.В. (golubevmisha@gmail.com; +7(903)711-9065), Харитонов С.В. (sergeyhar@mail.ru; +7(910)422-6336), Гозулов А.С. (agozulov@mail.ru; +7(916)705-7174)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Домашние задания являются неотъемлемой частью когнитивно-поведенческой психотерапии. Однако пациенты чаще или совсем не выполняют домашнюю работу или делают это нерегулярно и не в полном объеме. Одним из направлений преодоления невыполнения домашней работы является создание удобных инструментов реализации этого процесса.

В качестве такого инструмента использовалась интерактивная онлайн программа самопомощи «Управление настроением». Программа представляет собой сайт, зарегистрировавшись на котором, пользователь получает возможность в онлайн-режи-

ме овладеть методами когнитивно-поведенческой психотерапии и самостоятельно применять их для освобождения от тревожных и депрессивных переживаний. Процесс работы с программой заключается в изучении основ когнитивно-поведенческой психотерапии и выполнении специально разработанных упражнений, позволяющих овладеть навыками конструктивного мышления, более адаптивного поведения и осознанной медитации.

Программа содержит контрольные задания для отслеживания полученных знаний и навыков, а так же тестовые инструменты для оценки уровня тревоги и депрессии. Эти опции дают возможность лучше контролировать процесс освоения методов когнитивно-поведенческой психотерапии и следить за изменением своего эмоционального состояния.

Работать с программой рекомендуется ежедневно по 30—60 мин за один подход. Заниматься можно полностью самостоятельно или под руководством психотерапевта. В последнем случае пациент с помощью инструментов программы выполняет домашнюю работу, а психотерапевт имеет возможность проверить задания, исправить ошибки и внести необходимые дополнения.

Проведено сравнение регулярности выполнения и качества домашних заданий у пациентов (n=20), использующих онлайн-программу для выполнения домашней работы, и пациентов (n=20), не прибегающих к помощи программы. Участники сравниваемых групп достоверно не различались по возрасту, количеству предъявляемых жалоб, показателям шкалы депрессии Бека и шкалы тревоги Спилбергера.

Установлено, что использование программы способствовало увеличению числа и качества выполненных домашних заданий. Результат достигался за счет большего внимания к домашней работе, удобства выполнения и контроля домашних заданий. Ожидается, что использование онлайн-программы при домашней работе в ходе когнитивно-поведенческой психотерапии будет способствовать повышению эффективности психотерапии.

* * *

ДИАГНОСТИКА ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА С ПОМОЩЬЮ ДВУХНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ АБСОРБЦИОМЕТРИИ (STRATOS)

Голубева Т.И., Трошина И.А., Медведева И.В., Шишина Е. В., Аверин С.О. (Doc.golubeva@mail.ru, 89068737007)

ОАО «ЦВМиР «Сибирь», *г. Тюмень*

Актуальность. В последние годы особое внимание уделяется росту неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБПЖ) и поджелудочной железы (НАЖБПЖ). Особенности питания и образа жизни современного человека приводит к накоплению висцерального ожирения при снижении мышечного компонента, что именуется «саркопеническим» ожирением. Такой тип ожирения рассматривается как одна из главных причин возрастающей распространённости НАЖБП и НАЖБПЖ у пациентов, которые не имеют индекс массы тела более 30 кг/м^2.

Цель. Установить наличие критериев висцерального ожирения у больных с наличием сочетания НАЖБП+ НАЖБПЖ при ИМТ не более 29,9 кг/м^2.

Материалы и методы. Исследовано 35 пациентов с подтверждённым диагнозом НАЖБП и НАЖБПЖ, которые имели массу тела от 18,5—34,9 кг/м^2, находящихся на санаторно-курортном лечении в ЦВМиР Сибирь в период с 2017 по 2018 год. Первая группа состояла из пациентов с НАЖБП/ ПЖ с нормальной массой тела, ИМТ до 24,9 кг/м^2., n= 10. Вторую группу составили пациенты с НАЖБП/ ПЖ с избытком массы тела, ИМТ= 25-29,9 кг/м^2, n= 12. Третья группа- ожирение 1 степени, ИМТ=30—34,9 кг/м^2, n= 13. НАЖБПЖ был подтверждён на основании лабораторного обследования, прицельного УЗ-исследования и компьютерной томографии органов брюшной полости. Данным пациентам проводилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия в режиме «Все тело» на аппарате Stratos, позволяющая дать количественную оценку висцеральной жировой ткани, а также установить факт наличия у пациентов признаков «саркопенического» ожирения.

Результаты. Признаки висцерального ожирения были установлены у 85% (9/10) больных с НАЖБП+НАЖБПЖ при нормальной массе тела, сниженные показатели скелетно-мышечной массы выявлены также у 85%. У больных с избытком массы тела и НАЖБП+НАЖБПЖ висцеральное ожирение и снижение скелетно-мышечной массы обнаруживались в 91,6 % (11/12). Признаки висцерального ожирения имели 100%(13/13) больных при ожирении 1 степени и НАЖБП+НАЖБПЖ, снижение скелетно-мышечной массы определялось у 92,3 % (12/13).

Выводы: 1. У больных со стеатозом печени и поджелудочной железы при нормальной массе тела в 90% случаев отмечено преобладание массы висцерального жира над подкожным, сопровождаемое снижением индекса скелетно-мышечной массы, при сочетании стеатоза и ожирения 1 степени саркопенический тип ожирения встречался в 100%.

2. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия в режиме «Всё тело» (Stratos) является эффективной методикой выявления висцерального и саркопенического ожирения у пациентов со стеатозом печени и поджелудочной железы при нормальной массе тела. Проведение данной методики

позволяет начать ранние персонифицированные мероприятия заболеваний, ассоциированных с висцеральным ожирением, еще до момента повышения ИМТ.

* * *

ЕВПАТОРИЯ — СОВРЕМЕННЫЙ БАЛЬНЕОГРЯЗЕВОЙ КУРОРТ

Голубова Т.Ф. (golubovatf@mail.ru)

ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория

Бывшая Всесоюзная детская здравница — Евпатория хорошо известна как бальнеогрязевой курорт, где накоплен значительный опыт практических врачей, проведены многолетние научные исследования, свидетельствующие о высокой эффективности санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации как взрослого, так и детского населения. Доказано, что по природным лечебным факторам курорт Евпатория является уникальным регионом Российский Федерации не только для отдыха и оздоровления в летний период времени, но и для круглогодичного лечения значительной части детей с различными соматическими, в том числе инвалидизирующими заболеваниями.

На бальнеогрязевом курорте Евпатория расположено 62 санаторно-курортных учреждения, в том числе 8 детских специализированных санаториев Министерства здравоохранения Республики Крым и детский санаторий Министерства обороны Российской Федерации им. Елизаветы Глинки, которые функционируют круглогодично. Это медицинские организации, которые смогли сохранить лечебно-диагностический и кадровый потенциал для оказания круглогодичного санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации больных детей с распространенными заболеваниями органов дыхания, кровообращения, патологии опорно-двигательного аппарата, нервной, эндокринной, пищеварительной, мочевыделительной систем, детской гинекологии, кожи, а также большой группы детей с хроническими и тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями. При ряде заболеваний (органические поражения центральной и периферической нервной системы, патология органов опоры и движения, эндокринной, сердечно-сосудистой системы, некоторые формы кожных заболеваний и др.), при которых базовым методом является грязелечение, показано пребывание в прохладные времена года (осенне-зимний, зимне-весенний), исключающие высокий температурный фактор и избыточную солнечную инсоляцию, которые могут провоцировать неблагоприятные реакции на принимаемое лечение (пароксизмальную активность, эпи-приступы, обострение сопутствующих и появление интеркуррентных заболеваний и др.). Для детей с семилетнего возраста в санаториях имеются школы, позволяющие сохранить возможность получения ребенком необходимого образования.

В санаториях имеются лабораторно-диагностические подразделения с кабинетами узких специалистов (функциональной, в ряде санаториев ультразвуковой, лабораторной диагностики) и по показаниям проводятся обследования: электрокардиография, исследование вариабельности сердечного ритма, спирография, реоэнцефалография, реовазография конечностей, эхокардиография, ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, органов малого таза, предстательной железы, почек, мочевого пузыря. По определенным показаниям проводятся консультации специалистов и углубленные нейрофизиологические исследования (электроэнцефалография, эхоэнцефалоскопия, электромиография, исследование функции внешнего дыхания), спектральный анализ вегетативной регуляции сердечной деятельности и другие в ГБУ ЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации». Как правило, все санатории, как медицинские организации, оснащены в соответствии с существующими требованиями и табелем оснащения.

В каждом санатории имеется лечебное отделение с наличием физиотерапевтического кабинета, грязе- и водолечения, психотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии и ароматерапии, ингаляционной терапии, массажа и лечебной физкультуры. Во всех санаториях имеются собственные пляжи, проводится сезонная климатотерапия. В ряде санаториев имеются новые современные медицинские технологии (энтеральной оксигенотерапии, гидропланшетной динамической терапии, ультразвуковой галотерапии и др.).

Научно-методологическое обеспечение санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации больных детей, в том числе с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями и с ограниченными возможностями, а также проведение разработки новых медицинских технологий (диагностических и лечебных), внедрение их в практическое здравоохранение осуществляет ГБУ Министерства здравоохранения Республики Крым «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации».

* * *

ВЛИЯНИЕ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ МАРКЕРА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ БЕЛКА S-100 У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Голубова Т.Ф. (golubovatf@mail.ru), Цукурова Л.А. (laraneuro@mail.ru), Власенко С.В. (vlasenko65@rambler.ru)

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория

Наиболее важной медико-социальной проблемой в нейропедиатрии является расстройство аутистического спектра (РАС), частота которого непрерывно увеличивается. Учитывая значительную роль в развитии РАС не только генетических факторов, но и гипоксически-ишемических повреждений головного мозга в перинатальном периоде, необходимым является контроль за состоянием маркеров отдаленных последствий перинатального повреждения нервной системы с целью своевременной коррекции, в том числе и немедикаментозными средствами на санаторно-курортном этапе реабилитации.

Цель исследования — оценка динамики маркера церебральной ишемии белка S-100 у детей с РАС в процессе бальнеотерапии на санаторно-курортном этапе реабилитации.

Материал и методы. Нами обследованы 67 детей, больных РАС, в возрасте от 6 до 14 лет. 1-я группа — 22 ребенка, получивших общее санаторно-курортное лечение (СКЛ); 2-я группа — 23 ребенка, которые на фоне СКЛ получили курс йодобромных ванн (ЙВ); 3-я группа — 22 ребенка, получивших на фоне СКЛ курс бишофитовых ванн (БВ). Контрольную группу (КГ) составили 20 здоровых детей. Обследование включало осмотр специалистами, проведение МРТ-обследования (до лечения), оценку в сыворотке крови белка S-100 (до и после проведенных комплексов лечения).

Результаты. Выявлено повышение уровня белка S-100 в группе детей с РАС, которые имели признаки органического поражения головного мозга (по данным МРТ), независимо от степени тяжести аутистической симптоматики ($p<0,01$). Однако у детей с РАС, не имеющих на МРТ признаки повреждения головного мозга, показатели S-100 также были достоверно выше в сравнении с показателями детей КГ, но с меньшей степенью достоверности ($p<0,05$). После проведенного СКЛ в 1-й группе отмечено достоверное снижение показателей S-100 ($p<0,05$) у детей с РАС без наличия повреждений головного мозга по данным МРТ, а в группе с органической патологией значения S-100 имели только тенденцию к снижению. Во 2-й и 3-й группах результаты имели однонаправленную динамику. Так, показатели S-100 достоверно снизились у детей с РАС ($p<0,01$), имеющих органическую патологию (по данным МРТ), а также достоверно снизились ($p<0,05$) у детей без органических повреждений головного мозга.

Вывод. Выявлено, что у детей с РАС, имеющих перинатальное поражение ЦНС в анамнезе и признаки органического поражения ЦНС по результатам МРТ, имелось более высоко достоверное повышение белка S-100 в сравнении с детьми без признаков органического поражения головного мозга, что косвенно свидетельствует об активации процессов перикисного окисления липидов, вызывающее повреждение астроглии. Установлено, что общее СКЛ благоприятно влияет на показатели S-100 у детей с аутизмом без признаков органического повреждения головного мозга, а применение ЙБ и БВ способствует значительной нормализации данного показателя у большинства детей с РАС, способствуя снижению оксидативного стресса, перикисного окисления липидов, повышению нейропротективных свойств нервной системы.

* * *

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ДАРТСОМ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Гонсалес С.Е., Чумаков А.А.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

В связи с неуклонным увеличением количества студентов, относящихся к специальной медицинской группе (СМГ), все более целесообразным представляется внедрение в учебный процесс разносторонней игровой деятельности, например такой как дартс. Игра в дартс представляет группу перспективных видов физической активности при занятиях по физическому воспитанию студентов СМГ. Игра в дартс развивает, совершенствует и концентрирует внимание, улучшает координацию и глазомер, повышает точность движений, устный счет, повышает эмоциональную и психологическую устойчивость, поднимает психоэмоциональный фон, снижает стресс-реакции в условиях учебной и профессиональной деятельности. Одно из важнейших достоинств игры — отсутствие противопоказаний при разных отклонениях в состоянии здоровья. Занятия дартсом не требуют значительных материальных вложений, им можно заниматься, имея необходимое оборудование, особенно на свежем воздухе. В условиях современной системы физического воспитания студентов использование этой популярной игры по разным причинам ограничено. Данный фактор может оказывать негативное влияние на функциональное состояние и уровень.

Цель исследования — оценить результаты сравнительного анализа некоторых психофизиологических показателей студентов СМГ второго года обучения, занимающихся дартсом (экспериментальная

группа), и студентов, проходивших обучение в рамках примерной программы по физической культуре СМГ. Оценить влияние занятий дартсом на психологическое состояние студентов.

Материал и методы. В исследовании принимали участие студенты, обучающиеся в рамках примерной программы по физической культуре СМГ (контрольная группа, 35 человек) и студенты, также относящиеся к СМГ, но занимавшиеся дартсом на секционных занятиях (экспериментальная группа, 28 человек).

Оценка изучаемых показателей проводилась с использованием 5-минутной корректурной пробы «Кольца Ландольта», характеризующей объем и устойчивость внимания, и теста «Время операций с числами», характеризующего оперативную память (В.Л. Марищук и соавт., 1984). В первом случае фиксировали количество неверно отмеченных студентами знаков, во втором — время, затраченное на верно выполненные задания с вычислениями. Условия жизнедеятельности студентов были идентичными.

Результаты. В исследовании получены следующие результаты и выявлена их общая статистическая оценка. В корректурной пробе «Кольца Ландольта» количество ошибок у студентов контрольной группы в среднем составило 21,7±3,6, у студентов экспериментальной группы — 20,4±1,7 (различия статистически значимы, $p<0,05$). В тесте «Время операций с числами» у студентов контрольной группы время выполнения заданных вычислений в среднем составило 11,7±1,9 мин у студентов контрольной группы, против 10,6±0,8 мин у студентов экспериментальной группы (различия статистически значимы, $p<0,05$).

Вывод. В статье представлены результаты экспериментального исследования влияния занятий дартсом на некоторые психофизиологические характеристики студентов медицинской группы. Данное исследование позволило выявить статистически значимые качественные различия характеристик объема и устойчивости внимания, а также оперативной памяти у студентов экспериментальной группы, занимающихся дартсом, по сравнению с контрольной группой. Изучение отдельных психофизиологических характеристик в контрольной и экспериментальной группах выявило более высокие способности студентов-«дартсистов» относительно основной учебной деятельности. Таким образом, секционные занятия дартсом могут быть рекомендованы студентам СМГ.

* * *

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ

Гонсалес С.Е.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

Для повышения качества и оптимизации содержания занятий по физической культуре студентов целесообразна периодическая оценка их двигательных способностей (физической подготовленности).

Цель исследования — проведение комплексного тестирования с последующим сравнительным анализом динамики показателей физической подготовленности студентов на основе сравнения показателей их двигательных способностей.

Материал и методы. В исследовании участвовали студенты-первокурсники из России и других регионов мира в 2011 г. (всего — 140 девушек и 118 юношей) и 2018 г. (всего — 144 девушки и 121 юноша). Наблюдения и оценку физической подготовленности студентов осуществляли в начале учебного года, в ходе занятий по физической культуре. Комплекс контрольных тестов и упражнений соответствовал требованиям примерной программы по физической культуре для вузов. Методы измерений, инструментарий и оборудование для проведения контрольного тестирования соответствовали необходимым условиям и требованиям практики. Уровень физической подготовленности студентов оценивали по следующим критериям и показателям в соответствии с требованиями примерной программы в следующих контрольных тестах: бег на 100 м с высокого старта (скоростные качества), прыжок в длину с разбега (скоростно-силовые качества), количество сгибаний и разгибаний туловища из положения «сидя согнувшись» у девушек и подтягивания из виса у юношей (силовая выносливость), бег 500 м у девушек и 1000 м у юношей (выносливость), глубина наклона вперед, стоя на скамейке (гибкость), а также челночный бег 4×10 м (координационные и скоростные способности).

Результаты. В соответствии с данными исследования, студентки — россиянки первокурсницы 2018 г. обучения статистически достоверно уступали результатам россиянок 2011 г. по скоростным и скоростно-силовым показателям (бег на 100 м и прыжок в длину с места, $p<0,05$), по показателям координационных и скоростных способностей (челночный бег 4×10 м, $p<0,05$), но наиболее значительные различия у девушек наблюдали в беге на выносливость (бег на 500 м, $p<0,01$). У девушек из других регионов мира статистические различия результатов, показанных в 2011 и 2018 г., наблюдались с незначительными изменениями, однако в целом с сохранением тенденции.

Результаты обследования юношей-россиян в 2011 г. также по всем тестам оказались более высокими ($p<0,05$), чем у юношей в 2018 г., однако статистические различия результатов были менее выражены, чем у девушек. Общая тенденция снижения

контрольных результатов в 2018 г. также сохранилась и среди студентов из других регионов мира.

Вывод. Таким образом, проведенный статистический анализ результатов контрольных тестов в 2011 и 2018 гг. позволил выявить общую выраженную тенденцию снижения уровня физической подготовленности студентов-первокурсников (девушек и юношей). Нашими и другими исследованиями показано, что такие показатели, как выносливость и координационные способности, играют ведущую роль в структуре физической подготовленности студентов и характеризуют успешность их адаптации к учебной и социальной деятельности. Данная тенденция может указывать не только на некоторое снижение физической работоспособности, но также на возможное снижение качества жизни (условия проживания, питание, общее психоэмоциональное состояние и т.п.).

* * *

РАДОНОВЫЕ ВОДЫ И НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

Гордеева Р.В. (info@tumannet.ru; +7(3903)2-1101), Кузьменко О.В. (kuzm-ko@yandex.ru; +7(3842)743-6847), Киреева Л.Н. (info@tumannet.ru; +7(3903)2-1101)

ФБУ «Центр реабилитации» Фонда социального страхования Российской Федерации «Туманный», Сорск, Хакасия

До 80% всей суставной профпатологии составляют дегенеративно-дистрофические заболевания суставов в форме остеоартрозов (ОА). На ранних сроках реабилитации отработан комплекс медицинских мероприятий, помогающий эффективно справиться с местными проявлениями ОА.

Цель исследования — отработать эффективные методики ранней реабилитации профессиональных заболеваний крупных суставов, основанных на комплексном применении инфитатерапии и электростатического массажа, кинезотерапии на фоне природных радоновых ванн.

Материал и методы. Проведены исследования у 30 человек с профессиональными ОА (угольная и металлургическая промышленность) тазобедренных, коленных, плечевого, других суставов. Проведенные исследования клинических данных и стабилометрии выявили достоверную нормализацию флексорной установки со стороны пораженного сустава, выравнивание асимметрии распределения весовой нагрузки на обе конечности, уменьшение коэффициента преобладания весовой нагрузки на больную конечность и значительное снижение гиперлюксаций вертикальной стойки, удалось оказать выраженный обезболивающий эффект после 10-й процедуры.

Вывод. Комплексное воздействие инфитатерапии, электростатического массажа и кинезотерапии в сочетании с приемом природных радоновых ванн у пациентов с профессиональными заболеваниями суставов на раннем этапе реабилитации ускоряет восстановление статодинамических функций и предупреждает утяжеление характера суставных изменений, позволяет избежать инвалидизации.

* * *

МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Гордеева Р.В. (info@tumannet.ru; +7(3903)2-1101), Кузьменко О.В. (kuzm-ko@yandex.ru; +7(3842)743-6847), Мартынова Е.А. (info@tumannet.ru, +7(3903)2-1101)

ФБУ «Центр реабилитации» ФСС РФ «Туманный», Сорск, Хакасия

Среди профпатологии органов дыхания значительный удельный вес имеет хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

Цель исследования — разработать оптимальный курс реабилитации местного и системного иммунитета у больных с профессиональной ХОБЛ.

Материал и методы. В условиях центра реабилитации «Туманный» у больных основной группы с профессиональной ХОБЛ проводилось последовательное воздействие электростатическим массажем, низкоинтенсивным электромагнитным излучением бесконтактным методом и последующими радоновыми ваннами, а также кинезотерапией. Контролем служили пациенты с аналогичным диагнозом, получавшими только радоновые ванны и классическую ЛФК. Всем пациентам исследовали показатели местного иммунитета слизистой оболочки носа и мокроты; спирометрию.

Результаты. До реабилитации выявлялся выраженный дефект местного иммунитета слизистой респираторного тракта, а также снижение показателя $ОФВ_1$ и соотношение $ОФВ_1$/ФЖЕЛ в постбронходилятационном варианте. После проведенного курса реабилитации в основной группе уменьшились деструктивные клеточные процессы и улучшилась функциональная активность эпителиальных клеток слизистой оболочки; улучшилась бронхиальная проходимость по сравнению с контролем.

Вывод. Применение последовательного воздействия электростатическим массажем, низкоинтенсивным электромагинтным излучением бесконтактным методом и последующими радоновыми ваннами, а также кинезотерапией является высокоэффективным методом коррекции местного иммунитета и показателей дыхательных функций легких у больных с профессиональными ХОБЛ.

* * *

ПЕЛОИДОТЕРАПИЯ В ВЕРТЕБРОЛОГИИ

Горелова Н.А., Матасова М.М., Урусова И.И., Фокина О.А.

ООО «Санаторий Самарский», Самара

В санатории «Самарский» в течение года мы провели наблюдение за 57 пациентами с дорсопатией в возрасте от 35 до 65 лет, средний возраст составил 47±3,2 года.

Все обследованные больные были разделены на две группы, в обеих группах состав был одинаков по полу, возрасту, состоянию, клинико-функциональным данным.

Основной группе — 20 больным, проводилось теплолечение (грязелечение тамбуканскими грязями) в сочетании с медикаментозной терапией (хондропротективные средства, витаминотерапия, обезболивающая терапия).

Группа сравнения — 21 больной получал на фоне аналогичной медикаментозной терапии и ФТЛ — лечение в виде магнитолазеротерапии на аппарате Рикта и обезболивающий режим миостимуляции на аппарате Миоритм.

Контрольная группа в количестве 17 пациентов получала только такую же медикаментозную терапию.

Оценку клинического эффекта проводили на основании динамики специальных методов исследования, которые включали:

— клинические методы исследования;

— рентгенологическое исследование;

— оценку эффективности лечения, которую проводили на основании комплексной оценки динамики клинических, лабораторных и инструментальных показателей.

По результатам исследований наиболее частой жалобой, отражающей функциональное состояние пояснично-крестцового отдела у наблюдаемых больных, являлась боль. Ночная боль при неосложненном течении возникала у 23% больных лишь при движении. Болевой синдром значительно снижал качество жизни пациентов.

Под влиянием методов лечения отмечался выраженный регресс клинической симптоматики, наиболее проявляющийся под влиянием теплолечения (тамбуканскими грязями).

У больных наблюдалась выраженная позитивная динамика в клинической картине пояснично-кресцовой дорсопатии. Это проявлялось в уменьшении болевого синдрома. Первыми, уже после 4—5 процедур грязелечения исчезали ночные боли, а несколько позже (6—7 процедур) — боли при движении и связанные с нагрузкой и изменением положения тела. После курса лечения у подавляющего большинства больных (65%) движение в пояснично области стало практически безболезненными, что сопровождалось восстановлением движений в пояснично-крестцовом отделе в полном объеме, а у 30% — увеличением объема движений.

Таким образом, применение комплексного подхода с включением теплолечения в виде тамбуканских грязей обладает выраженным противовоспалительным действием и вызывает коррекцию дистрофических процессов в соединительной ткани, что обеспечивает терапевтическую эффективность. Оценка терапевтической эффективности грязелечения больных пояснично-крестцовой дорсопатией, включающая регресс клинической симптоматики и динамику показателей специальных методов исследования, позволила с высокой степенью объективности установить высокие клинические результаты комплексного лечения дорсопатий с применением тамбуканских грязей.

* * *

ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ НАРУШЕНИЯ СНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНСОМНИЕЙ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ

Горяев А.Г., Кулишова Т.В. (goryaev-doc@mail.ru; +7(913)227-8171)

АО «Курорт Белокуриха», санаторий «Сибирь», Белокуриха, Россия; Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Хроническая инсомния (ХИ) характеризуется жалобами на расстройство ночного сна (трудности инициации, поддержания или пробуждение раньше желаемого времени) и связанные с этим нарушения в период дневного бодрствования. На сегодняшний день большинство специалистов в отношении лечения ХИ все реже используют медикаментозную терапию в связи с высоким потенциальным риском побочных реакций и эффекта привыкания. Это, в свою очередь, направляет исследователей по пути поиска новых эффективных немедикаментозных способов лечения ХИ.

Цель исследования — оценить динамику выраженности симптомов нарушения сна у больных с ХИ на фоне комплексного санаторно-курортного лечения с включением транскраниальной магнитотерапии (ТКМТ).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 122 пациента с верифицированным диагнозом ХИ, средний возраст 54±2,4 года. Пациенты методом случайного выбора были разделены на две рандомизированные группы: 62 — в основной группе (получавших базисный санаторно-курортный комплекс: азотно-кремнистые ванны с малым содержанием радона, лечебный массаж шейно-воротниковой области, групповую психотерапию, терренкур, когнитивно-поведенческую терапию и

ТКМТ) и 60 — в группе сравнения (идентичный комплекс воздействия без ТКМТ. Специальное воздействие осуществлялось с помощью аппарата для магнитотерапии бегущим магнитным полем АМО-АТОС с приставкой ОГОЛОВЬЕ. Оценка выраженности нарушений ночного сна проводилась с помощью экспресс-опросника «Индекс тяжести инсомнии (ИТИ)».

Результаты. Анализ данных анкетирования до лечения в обеих группах пациентов выявил нарушения сна, при этом легкие нарушения обнаруживались у 6,6% пациентов, умеренные нарушения сна — у 51,6% пациентов, выраженные — у 41,8% пациентов. ИТИ в основной группе составил — 20,3±0,3 балла, в группе сравнения — 19,9±0,3 балла. Таким образом, среди обследованных нами пациентов преобладали лица с умеренными нарушениями сна по данным анкеты ИТИ. После проведенного комплексного санаторно-курортного лечения у пациентов обеих групп наблюдения по данным анкетирования отмечено улучшение качества сна. Так, в основной группе лечение привело к увеличению количества больных с легкими нарушениями на 56,5% ($p<0,05$), уменьшению пациентов с умеренными нарушениями на 11,3% ($p<0,05$) и выраженными нарушениями на 45,2% ($p<0,05$). Клинически пациенты отмечали улучшение процесса засыпания, уменьшение количества ночных пробуждений, увеличение продолжительности сна, улучшение функционирования в состоянии бодрствования. В группе сравнения также отмечены достоверные положительные изменения качества сна, но они были менее статистически значимы, чем в основной группе. Средний показатель ИТИ в основной группе уменьшился на 30,7% ($p<0,05$), в группе сравнения — на 21,2% ($p<0,05$).

Вывод. Таким образом, включение ТКМТ в комплексное санаторно-курортное лечение достоверно уменьшает выраженность нарушений сна у пациентов с ХИ.

* * *

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

Грушина Т.И.[1] (tgrushina@gmail.com; +7(916)774-1939), Ткаченко Г.А.[2] (mitg71@mail.ru; +7(903)199-1834)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва; [2]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

Злокачественное новообразование вызывает у больного психическую травму, вызванную не только угрозой жизни, но и пролонгированной угрозой качеству жизни с ожиданием предстоящего лечения, развитием многих побочных осложнений, изменением социального статуса и физической неполноценностью. В связи с этим неотъемлемой частью медицинской реабилитации является психологическая коррекция. В исследование были включены 36 больных в возрасте 45—62 лет с диагнозом рак гортани I—II (T1-2N0-1M0) стадий, подлежащих операции в объеме резекции гортани. Больные были разделены на две группы: 1-я группа — 22 больных, с которыми была проведена психокоррекция на этапах реабилитации; 2-я группа (контрольная) — 14 больных. Использовался комплексный подход, включающий психологическую диагностику, консультирование и индивидуальную психологическую коррекцию с использованием когнитивных методов (дневник мыслей, методика прекращения, смена ролей, план действий на будущее и др.) и арт-терапии («здоровье» и «болезнь», «автопортрет», «настроение», «дерево жизни»). Сеансы проводились 2 раза в неделю на протяжении всего периода лечения. Выявление тяжести дистресса и оценка эффективности психокоррекции проводились с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). На этапе пре-реабилитации у всех больных исходно было повышение уровня тревоги и депрессии. Их клиническими признаками являлись напряжение, беспокойство, нервозность, рассеянность, нарушения сна и аппетита, быстрая физическая и интеллектуальная истощаемость. Целью психокоррекции на этом этапе было снижение дистресса и положительное влияние на соблюдение больными режима противоопухолевого лечения. На 1-м и 2-м этапах реабилитации психологическая помощь была направлена на упорядочивание психосоматических процессов, решение проблемы самопринятия (заниженная самооценка, неуверенность в себе) и мотивацию больного к восстановлению. На 3-м этапе реабилитации психокоррекция велась в двух направлениях: рациональная терапия и мероприятия, направленные на восстановление физической активности, а также работа с родственниками. Как показали результаты исследования, непрерывная психологическая коррекция позволила статистически значимо уменьшить у больных уровни тревоги и депрессии. Анализ данных HADS показал снижение тревоги у больных 1-й группы соответственно с 8,6±0,5 до 7,4±0,3 балла. Во 2-й группе уровень тревоги практически не изменился: с 8,7±0,2 до 8,2±0,6 балла. Качественный анализ показал, что депрессивные симптомы различной степени тяжести, исходно наблюдавшиеся у большинства больных (у 19 (86,3%) 1-й группы и у 12 (85,7%) 2-й группы) снизились до нормы у 9 (41%) больных 1-й группы и остались без изменений у 10 (71,4%) больных 2-й группы.

Вывод. Психологическая помощь на всех этапах реабилитации различна и должна быть нацелена на уменьшение психоэмоциональных расстройств,

формирование и повышение мотивации больного к участию в противоопухолевом лечении и реабилитационных мероприятиях.

* * *

НАРУШЕНИЯ СТРУКТУР И ФУНКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ДВИЖЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ, У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Грушина Т.И., Орлов И.И. (orlov8989@mail.ru)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Одним из осложнений лечения рака молочной железы является ограничение подвижности в плечевом суставе на стороне операции. Данный диагноз — собирательное понятие, без уточнения которого невозможно проводить реабилитацию больных на базе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Наблюдались 1738 больных раком молочной железы после радикального лечения. Ограничение подвижности в плечевом суставе без симптомов плексопатии было у 918 (52,8%) больных. Рентгенография плечевого сустава была проведена 290 из 918 больных. У 128 (44,1%) больных были выявлены нарушения по составляющей МКФ «Структуры организма (s)» по разделам Структуры, связанные с движением (s7)—s720. Структура области плеча — s7200. Кости плечевого пояса — s7201. Суставы плечевого пояса: периартрит плечевого сустава — у 17 (5,9%), артроз — у 38 (13,1%), артрозоартрит — у 2 (0,7%), деформирующий артроз — у 37 (12,8%), бурсит плечевого сустава — у 10 (3,4%), остеопороз костей плечевого пояса — у 23 (8%) больных и остеомиелит костей плечевого сустава — у 1 (0,3%) больной. Причины их возникновения — ухудшения кровообращения и трофики тканей в результате как оперативного вмешательства, так и лучевой терапии. Немаловажным является и то, что длительная иммобилизация верхней конечности в положении приведения в послеоперационном периоде и отсутствие занятий ЛФК были у 113 (39%) больных. Для оценки по составляющей МКФ «Функции организма (b)» по разделу Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции (b7)—b710 — Функции подвижности сустава; b730 — Функции мышечной силы верхней конечности — у 61 больной было проведено комплексное обследование: гониометрия, динамометрия, оценка координации/показателя соотношения плечелопаточного ритма, мануальное мышечное тестирование, оценка мышечной силы по шкале MRC-SS, тестирование мышечной выносливости по тесту 1-RM. По данным гониометрии, у 50 (82%) больных был ограничен объем движений в плечевом суставе: у 42 (84%) — на 50%, у 7 (14%) — на 50—75% и у 1 (2%) больной — более 75%. По данным динамометрии, снижение силы мышц кисти на стороне поражения было у 54 (88,5%) больных, снижение мышечной силы верхней конечности по шкале MRC-SS — у 23 (37,7%), а по тесту 1-RM — у 49 (80%) больных. У 42 (68,9%) больных было нарушение показателя соотношения плечелопаточного ритма, причем впервые было выявлено, что у 42,9% больных ограничение движений в плечевом суставе было за счет ограничения движения лопатки вдоль грудной клетки (лопаточно-реберный сустав), движения в плечелопаточном суставе были в полном объеме, вид контрактуры был преимущественно миогенный.

Таким образом, почти у половины больных причиной ограничения движений в плечевом суставе являются не только дегенеративные нарушения в плечелопаточном суставе, а еще и контрактура соподчиненных мышц. Результаты проведенного исследования подтверждают необходимость уточнения видов нарушений структур и функций, связанных с движением верхней конечности, для разработки персонифицированной программы реабилитации больных раком молочной железы на основе МКФ.

* * *

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Грушина Т.И.[1] (tgrushina@gmail.com), Олжаев С.Т.[2] (s.olzhayev20@gmail.com), Хегай Б.С.[2] (hegai_bella@mail.ru)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва; [2]Алматинский региональный онкологический диспансер, Алматы, Казахстан

Актуальность исследования связана с ростом заболеваемости онкологией, увеличением числа выживших пациентов, необходимостью проведения им реабилитационных мероприятий для улучшения качества их жизни. Но без совершенствования методов оценки и изучения проблем, с которыми сталкиваются наши пациенты, это оказывается невозможным.

Цель исследования — изучение качества жизни онкологических пациенток с раком молочной железы, получающих лечение посредством анкетирования и описания показателей здоровья с помощью категорий МКФ.

Материалом для исследования качества жизни послужило анкетирование по валидированному опроснику КЖ-100. Описание здоровья с помощью категорий МКФ проведены посредством опроса и изучения выписок из медицинских карт стационарного больного и амбулаторных карт по критериям

оценки, предложенным Т.И. Грушиной, по двум составляющим (функции организма — по 26 категориям, структуры организма — по 15). Для изучения были взяты три группы пациентов от 58 до 70 лет, получавших полихимиотерапию (ПХГ) в адъювантном режиме в регионарном онкологическом диспансере Алматинской области. В 1-ю группу вошли пациентки с I стадией заболевания с ШСРМЖ с ЛД получившие 2 курса ПХТ, во 2-ю группу вошли пациентки со II стадией, получившие 2 неадъювантных курса ПХТ, в 3-ю группу вошли пациентки с III стадией с радикальной мастэктомией, получающие 2 курса адъювантной ПХТ.

Полученные результаты показали, что из трех групп (10 женщин в каждой группе) обследованных пациентов, самое лучшее общее качество жизни у пациентов, перенесших оперативное лечение в объеме ШСР с ЛД (КЖ 95), 2-я группа это пациентки, получающие ПХТ (среднее 80). Пациентки, перенесшие РМЭ и ПХТ, показали наименьшее качество жизни (среднее 75). Несмотря на отсутствие функциональных и структурных нарушений у пациенток перенесших адъювантную ПХТ, по сравнению с таковой у группы, перенесшей и ШСР с ЛД, и ПХТ, качество жизни у 1-й группы страдает на порядок больше в субсферах физиологического благополучия, социального взаимоотношения и в уровнях независимости. Качество жизни, оцениваемое самими пациентками, и объективная оценка врача в категориях МКФ-структуры и функции неоднозначна, что приводит к различным трактовкам состояния пациенток.

* * *

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЛИМФОМАМИ

Грушина Т.И. (tgrushina@gmail.com)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Основной метод лечения лимфом в детском возрасте — химиотерапия, при проведении которой возможны локальные осложнения, связанные с местнораздражающим действием цитостатиков, возникновение которых существенно изменяет всю программу лечения детей и ухудшает конечные результаты. Эти осложнения в короткие сроки переходят в хронические или необратимые формы и требуют безотлагательного лечения, а первый этап реабилитации начинается с первых суток от начала химиотерапии.

Наблюдались 70 детей с осложнениями, связанными с местнораздражающим действием цитостатиков при их внутривенном введении. При внутривенных инъекциях у 50 детей был отмечен флебит или тромбофлебит периферических вен. При катетеризации магистральных вен у 10 детей развился острый восходящий или нисходящий флеботромбоз крупных венозных коллекторов системы верхней полой вены. Из них у 7 детей был выявлен острый окклюзивный тромбоз внутренней яремной и подключичной вен, у 2 — подключичной и подкрыльцовой вен и у 1 — подключичной вены. После допущенной погрешности техники внутривенных введений (экстравазации) у 10 детей в области введения отмечались жгучие боли, очаговое раздражение кожи, инфильтрация тканей с образованием раны. Выраженность повреждений кожи и подкожной клетчатки зависела от вида и дозы введенного препарата. Применяли у 50% детей низкоинтенсивное лазерное излучение инфракрасного диапазона локально контактно при плотности потока лазерного излучения не выше 10 мВт/см^2 в течение 10—20 мин ежедневно. У 50% детей реабилитация включала магнитотерапию переменным (ПеМП) или пульсирующим (ПуМП), или бегущим импульсным магнитным полем (БИМП). При ПеМП индукторы располагали контактно вдоль пораженной вены либо на место флеботромбоза. Назначали синусоидальное магнитное поле частотой 50 Гц, в непрерывном режиме, магнитную индукцию — 20—30 мТл, 15—20 мин. При ПуМП пораженную конечность помещали внутрь соленоидов. Назначали режим непрерывный, частоту следования импульсов — 25 Гц, индукцию — 1—2 ступень, 15—20 мин. При БИМП индукторы располагали вдоль пораженной конечности с направлением «волны» начиная от кисти, 20 мТл, 22 мин, ежедневно.

Использование физических факторов, по сравнению с фармакотерапией, вдвое (с 21 до 8—10 дней) сократило сроки лечения флебитов и тромбофлебитов (флебосклероз не развился ни у одного ребенка), ускорило заживление ран после экстравазации цитостатиков (островки здоровых грануляций и активная эпителизация от краев раны появлялись на 6—8-ю процедуру) без грубых рубцовых изменений тканей. Реканализация тромба (без перехода его во флотирующий) в просвете крупных венозных коллекторов наступила на 5—6-ю процедуру, а через 10 процедур тромботические массы не определялись при ультразвуковой компьютерной флебографии. Сравнительный анализ результатов лазеро- и магнитотерапии показал, что при лечении флебитов и тромбофлебитов наиболее эффективны ПуМП и БИМП, при лечении раневого процесса после экстравазации цитостатиков — лазеротерапия и ПеМП, а при лечении флеботромбоза — ПеМП. Использованные физические факторы не оказали отрицательного влияния на течение лимфомы у наблюдаемых детей.

Вывод. Назначение лазеро- и магнитотерапии позволяет максимально быстро ликвидировать возникшие осложнения, предотвратить прогрессирование воспалительно-склеротических реакций со стороны вен, серьезных повреждений кожи и клет-

чатки, снизить медикаментозную нагрузку и продолжать внутривенную химиотерапию.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Губейдулина Т.А. (mannaya_kasha@list.ru; +7(911)219-4560), Родыгина Ю.К. (+7(911)338-6595)

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №38», Санкт-Петербург; ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, кафедра медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры, Санкт-Петербург

Тревожно-депрессивные расстройства часты у пациентов травматолого-ортопедического профиля: по данным литературы, 20—35% травмированных пациентов имеют депрессию. Тревога и депрессия у травматолого-ортопедических пациентов ассоциирована с более сильным болевым синдромом, более длительной госпитализацией, большей длительностью временной нетрудоспособности.

Цель исследования — изучить особенности эмоциональной сферы у травматолого-ортопедических пациентов, получающих амбулаторную реабилитацию.

Материал и методы. Обследованы 60 пациентов, получающих амбулаторную реабилитацию по профилю «травматология-ортопедия» в Межрайонном центре медицинской реабилитации СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №38». Использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). 21,7% пациентов составили мужчины, 78,3% — женщины. Средний возраст — 51±13 лет. 31,7% пациентов получали восстановительное лечение по поводу последствий скелетной травмы, 68,3% — по поводу ортопедического заболевания; 35% до поступления на реабилитацию получали хирургическое лечение, 65% — консервативное.

Результаты. 21,7% пациентов имели субклинически выраженную тревогу (8—10 баллов по HADS), 11,7% пациентов — клинически выраженную тревогу (11 баллов и выше). Статистически значимой корреляции между возрастом пациента и баллом тревоги по HADS выявлено не было ($p>0,05$). 13,3% пациентов имели субклинически выраженную депрессию (8—10 баллов по HADS); клинически выраженная депрессия (11 и выше баллов) была выявлена у 1 (1,7%) пациента. Наблюдалась статистически значимая умеренная положительная корреляционная связь между возрастом и баллом депрессии по HADS ($p<0,02$). 10% пациентов имели признаки и тревоги, и депрессии. Среди пациентов, получающих реабилитацию по поводу ортопедического заболевания, тревогу имели 34,1%, депрессию — 17,1%; среди пациентов со скелетной травмой тревога выявлена у 31,6%, депрессия — у 10,5%. Пациенты, получавшие до поступления на реабилитацию консервативное лечение, в 43,6% случаев имели тревогу и в 23,1% — депрессию. Среди пациентов, получавших хирургическое лечение, только у 14,3% пациентов была выявлена субклинически выраженная тревога, а депрессии выявлено не было. У мужчин признаки субклинически и клинически выраженной тревоги были выявлены у 23,1%, среди женщин — у 36,2%. В то же время признаки субклинически и клинически выраженной депрессии были выявлены у 23,1% мужчин и только у 12,8% женщин.

Вывод. 38,3% обследованных травматолого-ортопедических пациентов, получающих амбулаторную реабилитацию, имеют признаки тревоги и/или депрессии. Выявлена умеренная положительная корреляционная связь между возрастом пациента и признаками депрессии по HADS. Тревога и депрессия чаще наблюдались у пациентов, получавших до поступления на реабилитацию консервативное лечение. Тревога чаще наблюдалась у женщин, депрессия — у мужчин, а также у пациентов, получающих реабилитацию по поводу ортопедического заболевания.

* * *

РАННЯЯ КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Демина М.Н.[1] (dr.marina_demi@mail.ru), Грушина Т.И.[2], Тепляков В.В.[1]

[1]ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ, Москва; [2]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Опухоли костей возникают преимущественного у молодых пациентов — наиболее социально значимого контингента населения, для которых после оперативного лечения крайне важно максимально быстрое восстановление функциональных возможностей и сокращение времени пребывания в стационаре.

Цель исследования — разработка комплекса реабилитационных мероприятий у пациентов, перенесших операции онкологического эндопротезирования крупных суставов, и оценка его эффективности при помощи шкалы MSTS. Под наблюдением находились 56 пациентов (мужчин — 19, женщин — 37), в возрасте 19—35 лет с диагнозом: первичные опухоли костей (хондросаркома, остеосаркома, саркома Юинга, фибросаркома) — у 35, метастатическое поражение костей — у 21 пациента. Всем пациентам было проведено эндопротезирование: коленного сустава — 26, тазобедренного сустава — 23 и плечевого сустава — 7 пациентам. Операции допол-

нительно включали реконструктивно-пластический компонент. На этапе пре-реабилитации пациентам проводилась дыхательная гимнастика, ортезирование пораженной конечности и обучение использованию средств дополнительной опоры. В раннем послеоперационном периоде ежедневно осуществлялись следующие реабилитационные мероприятия: локальное (контактно или дистантно) низкоинтенсивное инфракрасное лазерное излучение при плотности потока не выше 10 мВт/см^2 на аппарате Рикта 04/4 в течение 10—20 мин; локальная магнитотерапия на аппарате Магнит-МедТеко — переменное синусоидальное магнитное поле частотой 50 Гц в непрерывном режиме, индукция 30—40 мТл в течение 15—20 мин; многоканальная низкочастотная электростимуляция мышц оперированной конечности с помощью аппарата Эсма 12.21 Галант с применением импульсного тока биполярной асимметричной прямоугольной формы в непрерывном режиме, сила тока до появления первых сокращений мышц, 10 мин; ЛФК с дальнейшей пассивной разработкой сустава на аппарате Артромот или Физиотек. Фармакотерапия включала нейропротективные, обезболивающие, антикоагулянтные препараты.

Результаты реабилитации были следующие: 1) сокращение сроков активизации пациентов (в среднем 1—4 сут после операции); 2) высокие показатели функционального результата — по шкале MSTS через 3 мес после эндопротезирования плечевого сустава — 79%, тазобедренного сустава — 79% и коленного сустава — 80% от нормальной функции. Объем удаленной опухоли, длина резекции костей, вид фиксации ножек эндопротеза не повлияли на сроки активизации и функциональные результаты.

Итак, обоснованным, обладающим необходимым терапевтическим действием является комплексный подход к ранней реабилитации пациентов с костными саркомами с использованием эндопротезирования крупных суставов в сочетании с реконструктивно-пластическими операциями, фармакотерапии, ЛФК и некоторых методов физиотерапии.

* * *

ПРОГРАММА «ДЕТОКС-ЭФФЕКТ» — НЕОБХОДИМОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЖИЗНИ

Добряков Е.В., Иванова Е.А.

АО «ДиЛУЧ» санаторно-курортный комплекс, город-курорт Анапа

Проблема детоксикации организма в настоящее время стоит очень остро, следствиями этого являются бесплодие, снижение рождаемости, инвалидизация, ранняя смертность (Е.А. Воронова, 2017). Поставлена цель обосновать выбор методов детоксикации и определить результативность комплекса «Детокс-эффект» в санаторно-курортных условиях. В исследование, проводимое в АО «ДиЛУЧ» в 2018 г., включены 12 женщин и 3 мужчины (средний возраст 49,4±4,6 года), которые дали информированное согласие на участие в исследовании и не имели противопоказаний к проведению «Детокс-эффект». В основу программы легла система атравматической эндоэкологической реабилитации по Левину (Ю.М. Левин, 2006) в модификации В.С. Севрюковой. Программа рассчитана на 7 дней, обязательным условием являлась устойчивая мотивация к терапии. Программа «Детокс-эффект» включала воздействие на межклеточную зону с помощью ежедневного приема травяного сбора, тюбажа с минеральной водой «Анапская», гидромассажных ванн, бассейна и сауны, сухих углекислых ванн. С периодичностью через день пациенты получали надвенное лазерное облучение крови и моторное очищение кишечника. При необходимости назначают интенсивную медикаментозную терапию, плазмоферез. Для усиления выделительного эффекта в СПА-салоне рекомендованы пилинг, фитомаски, обертывание, фиточай в течение 2 дней. Всем пациентам провели биохимическое обследование крови, УЗИ. Оценка психологических критериев качества жизни проведена с помощью сокращенного опросника СМОЛ. Обработку результатов проводили с использованием MSExcel, сайта medstatistic.ru/calculators. Критический уровень значимости принят $p<0,05$. Детоксикация при прохождении «Детокс-эффект» направлена на все механизмы биорегуляции обменных процессов в организме. Выбранные процедуры напрямую или косвенно активируют выделительную функцию клеток печени, поджелудочной железы, почек. На момент исследования все пациенты имели индекс массы тела более 30 кг/м^2. После курса комплексной реабилитации пациентов масса тела уменьшилась, составив 92,3±5,2 ($p>0,05$), индекс Кетле — 31,13±2,03 (снижение на 8%). В среднем систолическое артериальное давление снизилось на 9%. При анализе СМОЛ до курса «Детокс-эффект» в диапазон умеренной степени проявления вошли: шкала ипохондрии (61,7 балла), депрессии (60,13), психастении (58,58), достоверности (75,1). Изначально психологическое состояние пациентов проявлялось чувством напряжения, сомнения, подавленным настроением, чувством постоянной слабости, разбитости. После курса «Детокс-эффект» наблюдалось статистически значимое улучшение показателей: снижение ипохондрии на 5,6% ($p<0,05$), депрессии на 15,1% ($p<0,05$), психастении на 8,1% ($p<0,05$). При изучении липидного спектра у пациентов после лечения отмечалась статистическая тенденция к снижению уровня общего холестерина (снижение с 6,77±0,8 до 6,02±0,5 ммоль/л).

Программа «Детокс-эффект» способствует комплексному и бережному очищению организма, показана для широкого применения в санаторно-курортных условиях.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОН-УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА, АТРОФИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА

Дороничева И.В.

АО «Центр восстановительной медицины и реабилитации «Сибирь» г. Тюмень

Актуальность: хронический тонзиллит — распространенное заболевание среди всех пациентов, обратившихся к лор врачу. Важность этой проблемы состоит не только в ее распространенности, но и в том, что при несвоевременном лечении возможны серьезные осложнения. Больных с хроническим тонзиллитом, в период ремиссии, беспокоит периодические небольшие боли , дискомфорт, першение в глотке, неприятный запах изо рта, возникающий в следствие образования казеозного, гнойного содержимого в лакунах небных миндалин. Поэтому лечение этого заболевания должно быть направлено на санацию миндалин и проведение противовоспалительных мероприятий.

Цель исследования: оценка эффективности лечения пациентов, с заболеваниями хронический тонзиллит и атрофический фарингит с применением озон\ ультразвукового аппарата « Тонзиллор 3 ММ».

Материал и методы исследования: исследуемая группа пациентов, которые были пролечены на аппарате «Тонзиллор 3 ММ» за 2018г составила 141 человека. Основная группа 127 пациентов (90 %) с диагнозом хронический тонзиллит, из них 42 мужчин (33 %), 85 женщин (67 %) и 14 пациентов (женщин) (10%) с хроническим атрофическим фарингитом. Больным, с хроническим тонзиллитом, первым этапом лечения проводилась санация миндалин через промежуточный лекарственный озонированный раствор, способствующий более выраженному санирующему и оксигенирующему эффекту. Затем выполнялась контактная ультразвуковая импрегнация лекарственных средств, оказывающих местное противовоспалительное, иммуномодулирующее, репаративное действие. При этом, высокое фонофоретическое свойство низкочастотного ультразвука обеспечивает проникновение препаратов вглубь тканей. При атрофическом фарингите проводилась только контактная ультразвуковая импрегнация озонированной масляной эмульсии, на основе озонированного оливкового масла, за один сеанс озвучивалось 2 поля задней стенки глотки. Пациентам, с выраженным глоточным рефлексом, перед лечением применялась местная аэрозольная анестезия. В среднем проводилось 7 процедур.

Результаты: после окончания лечения с применением данной методики, пациенты отмечали купирование субъективных симптомов: першение, дискомфорт в глотке, сухой кашель, чувство тяжести в подчелюстной области, неприятный запах изо рта. Объективно при осмотре, также отмечалась положительная динамика: уменьшение размеров миндалин и региональных лимфоузлов, лакуны миндалин были свободны от патологического содержимого в 100 % случаях. Эффективность лечения оценивалось по нескольким критериям - купированию субъективных симптомов и на основании объективных данных: в группе пациентов с хроническим тонзиллитом улучшение у 102 человек, что составило: 80%, ухудшения в процессе лечения зарегистрировано не было. В группе с диагнозом атрофический фарингит улучшение отмечалось у 9 пациентов, что составило (64%). 23 пациента (18%), с хроническим тонзиллитом, из исследуемой группы пролечены этим методом в 2017г. За прошедший период все отмечали положительную динамику: отсутствие обострения заболевания и уменьшение субъективных симптомов.

Выводы: применение методики лечения с использованием озон\ультразвукового аппарата «Тонзиллор 3 ММ» способствует улучшению клинического состояния пациентов, купированию симптомов заболевания, позволяет существенно повысить эффективность лечения хронического тонзиллита, хронического атрофического фарингита. Данную методику можно применять в комплексе с другими видами санаторного лечения.

* * *

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА

Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Кожемяченко Е.Н., Масликова Г.Г., Ковальчук С.И.

ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», Ялта

Южный берег Крыма (ЮБК) с конца XIX века считается климатическим курортом для реабилитации больных, страдающих различными заболеваниями органов дыхания. Начиналось становление курорта с лечения больных туберкулезом, с 70-х годов прошлого столетия основным направлением лечения на курорте ЮБК стали хронические неспецифические заболевания органов дыхания и последние годы наиболее распространенные их них —

бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

Цель исследования — проанализировать эффективность санаторно-курортной медицинской реабилитации (СКМР) на ЮБК больных БА и ХОБЛ.

Под наблюдением находились 518 больных БА и 54 больных ХОБЛ. Всем больным проведено комплексное обследование и лечение в соответствии со стандартом санаторно-курортной помощи больным с болезнями органов дыхания. Эффективность медицинской реабилитации оценивали по общей эффективности СКМР, изменению уровня контроля течения БА и согласно критериям МКФ.

При поступлении на СКМР состояние пациентов с БА характеризовалось в основном неконтролируемым течением у 336 (64,86%), средней степени тяжести — 338 (65,25%) человек. После курса СКМР наблюдалась положительная динамика по уровню контроля течения БА, с неконтролируемой формой остались 103 (19,88%) пациента. Отмечено достоверное улучшение по показателям изучаемых доменов МКФ. Большая часть — 326 (62,93%) пациентов выписаны с улучшением.

Группу пациентов ХОБЛ характеризовали частые, более 2 эпизодов в год (2,17±1,2) и длительные (28,13±23,05 дней) обострения, выраженная одышка (опросник mMRC 2,55±2,13 балла) и симптомы заболевания (опросник CAT 18,23±8,95 балла), снижены показатели функции внешнего дыхания $ОФВ_1$ 62,58±22,86%. После курса СКМР 38 (70,37%) пациентов выписаны с улучшением, достоверно снизились значения mMRC до 1,33±0,89 и CAT до 9,69±8,22 балла, повысилось значение $ОФВ_1$ до 68,64±23,25%.

Наблюдение за больными на протяжении нескольких лет позволило проанализировать влияние курсов СКМР на течение БА и ХОБЛ. У пациентов с обоими заболеваниями на протяжении всего периода наблюдения в результате повторных приездов в клинику наблюдалось уменьшение выраженности клинических проявлений, улучшение функции внешнего дыхания, уменьшение частоты приступов затрудненного дыхания. Повторные курсы СКМР у больных БА и ХОБЛ привели к улучшению течения заболевания, повышению контроля течения, снижению частоты и длительности обострений и предупреждению прогрессирования хронического патологического процесса в бронхолегочной системе, предупреждению формирования осложнений.

* * *

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Евдокимова Т.А. (ta-evdokimova@yandex.ru; +7(812)338-6595), Юрков И.В. (iyurkov@mail.ru; +7(812)338-6595), Черныш Н.В. (nv-chernysh@mail.ru; +7(812)338-6598)

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель исследования — анализ качества жизни (КЖ) больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) при физической реабилитации (ФР) различной продолжительности.

Материал и методы. В 1-ю группу вошли 92 пациента (51 мужчина и 41 женщина, возраст 61±1 год) с ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) 2—3 ст. и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (NYHA II:III — 54:46% случаев соответственно), фракцией выброса левого желудочка 44±1,3%. На фоне стандартной медикаментозной терапии и стабилизации состояния больные вовлекались в программу краткосрочной стационарной ФР, состоявшей из ежедневных контролируемых занятий дозированной ходьбой при умеренной интенсивности физической нагрузки (ФН). 2-ю группу составил 101 больной (74 женщины и 27 мужчин, 44±1 год) с АГ 1—2 ст. и ожирением I ст. (индекс массы тела (ИМТ) — 32,9±0,85 кг/м^2), выполнявшие 6-месячную программу ФР с умеренной ФН на беговой дорожке до 60 мин 2 раза в неделю. Исходно и по завершении ФР у больных обеих групп оценивались: переносимость ФН с помощью теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ), дополненного 10-балльной шкалой Борга, пациентов; КЖ — посредством неспецифической методики SF-36.

Результаты. В 1-й группе исходные показатели переносимости ФН были закономерно низкими — за 6 мин стресс-теста пациенты преодолевали до 308±10,7 м, показатели КЖ — значительно снижены. В процессе ФР больные посетили 9—11 тренировок, осваивая дистанции до 2050±138 м в течение 54±3 мин. Повышение физической работоспособности подтверждалось у них увеличением результатов заключительного ТШХ (361±10 м, p<0,05). КЖ пациентов улучшилось: подшкала SF — 58,5±2,6 балла перед выпиской из стационара против исходных 55,5±2,5 балла (p<0,05). При исходном обследовании пациентов 2-й группы результаты ТШХ составили 600±11 м, КЖ пациентов с АГ и ожирением было снижено, определена корреляционная связь с величиной проходимой за 6 мин нагрузочной пробы дистанции (r=0,51, p<0,05). По окончании 6-месячной ФР уменьшился ИМТ до 29,8±0,68 кг/м^2 (p<0,05) при отсутствии значимых изменений переносимости заключительного ТШХ (624±23 м,

$p>0,05$). Одновременно у пациентов 2-й группы зарегистрирована позитивная динамика физической составляющей КЖ: физического функционирования (подшкала PF — 88,7±2,7 балла, $p<0,05$) и энергичности (подшкала VT — 62,7±3,4 балла, $p<0,05$).

Вывод. Методика исследования КЖ является информативным инструментом индивидуализированной оценки результатов краткосрочного (в том числе, стационарного) и долгосрочного физического реабилитационного вмешательства у больных ССЗ.

* * *

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Евдокимова Т.А., Соломкина Н.Ю., Черныш Н.В., Шевченко А.А.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Для лечения различных гематологических заболеваний проводится химиотерапия. Полинейропатии (множественное поражение периферических нервов) могут возникать в процессе лечения в ответ на проведение химиотерапии в 34—39% случаев. Для составления программы физической реабилитации таких пациентов имеет существенное значение резкое снижение силы скелетной мускулатуры. Физические методы лечения включают, в частности, ЛФК и физиотерапию. Традиционная методика лечебной гимнастики (ЛГ) при полинейропатии разработана давно и применяется с небольшими изменениями до последнего времени. Однако в процессе ее применения у больных с медикаментозной полинейропатией выявлен ее незначительный эффект из-за ухудшения общего состояния пациентов, нарушений координации движений, повседневной активности и признаков депрессии. Неотъемлемым элементом реабилитации является высокая мотивация, доверие при проведении лечения, снижение уровня страха и депрессии, установление позитивных личных отношений, что было включено в занятия (ЛГ). Купированию депрессии, улучшению иммунного статуса и нормализации ритмологической активности способствуют также методы физиотерапии (БАК, ТЭС, электросон, зеленая и синяя полосы оптического диапазона, аэроионотерапия, низкочастотная магнитотерапия). Дополнительно разработана методика ЛГ с применением современных способов реабилитации: кинезиотейпирования и упражнений с эластическими лентами и жгутами Thera-Band. Курс ЛГ (7—14 дней) по данной методике проведен у 37 больных 15—18 лет (28 мальчиков и 9 девочек), находившихся на стационарном лечении в Институте гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой. Применение вышеописанных приспособлений позволило включить в занятия изометрические тренировки пораженных мышц бедер и голени. Их использование доказало свою эффективность при исследовании больных с патологией сердечно-сосудистой системы. В основе механизма действия кинезиотейпов лежит создание благоприятных условий для саногенетических процессов, реализующихся за счет нормализации микроциркуляции в соединительной ткани кожи и подкожной клетчатки. В результате у наших пациентов уменьшились боли, улучшилась функциональная активность мышц, самочувствие и настроение.

* * *

КЛЮЧЕВЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ КРЫМСКОЙ КУРОРТОЛОГИИ

Ежов В.В.

ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», Ялта, Республика Крым

Во все века основу интереса к природным ресурсам Тавриды и их благотворному действию на здоровье составляют положения классической медицины, ориентированные на профилактику болезней целебными силами природы. Об этом свидетельствуют археологические раритеты античных бань и фонтанов Пантикапея и Херсонеса (V—I века до н.э.) с фрагментами надписей об использовании их для лечения.

Зарождение курортов Крыма в Новое время связано с военными кампаниями XVIII—XIX веков, когда с полей баталий стали возвращаться многотысячные армии раненых солдат-инвалидов. Располагая к этому времени данными об успешной оздоровительной роли курортов Европы, в Крыму изучаются физико-химические и лечебные свойства местных природных ресурсов — минеральных источников и приморских грязевых озер. Весомым вкладом в изучение и последующее освоение природно-климатических и гидроминеральных ресурсов Крыма стали первые масштабные экспедиции естествоиспытателей В.Ф. Зуева, К.И. Габлица, П.С. Палласа, Х.Х. Стевена, П.И. Кеппена, и их последователей — Н.А. Головкинского, Н.И. Андрусова, В.И. Вернадского, А.Е. Ферсмана, В.А. Обручева, Д.И. Щербакова, Н.С. Курнакова.

Крым становится популярным местом лечения и отдыха. Строятся частные, общественные и благотворительные пансионаты и санатории, купальни, ванные заведения и грязелечебницы. В 1914 г. в Севастополе открывается первый в России «Романовский институт физических методов лечения» (дир. — проф. А.Е. Щербак), где проводятся научные исследования лечебного действия природных факторов на организм.

В СССР курорты Крыма получили дальнейшее развитие. В основных курортных центрах — Ялте и Евпатории — формируются научные курортологические центры. С начала 1930-х годов в Крым начинают приезжать иностранные туристы, включая многих деятелей профсоюзного и коммунистического движения. С 1960-х годов под девизом «Здоровье каждого — богатство всех!» успешно развивается курортная система профсоюзов. Особые испытания курортная система познает в начале 1990-х годов в период экономической нестабильности государства. Несмотря на кризис, усилиями специалистов курортного дела в Крыму сохранилось большинство санаториев.

После принятия в 2014 г. Крыма и Севастополя в состав России начался новый этап истории крымских курортов. Будущее крымских здравниц ориентировано на их неоспоримые региональные преимущества: климатические особенности (сочетание приморского, горного и степного климата); значительные массивы природных лечебных ресурсов, необходимых для качественного восстановительного лечения и физиопрофилактики; традиционные оздоровительные региональные методы (активная климатотерапия, ландшафтотерапия, талассотерапия, лечебные питьевые минеральные воды, бальнеотерапия, пелоидотерапия, фито- и ароматерапия, местные диетические продукты, энотерапия крымскими виноградными винами); разнообразные программы экскурсий и культурных мероприятий, инфраструктура отдыха; комфортная гостеприимная русскоязычная атмосфера.

* * *

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Елисеева Л.В. (eliseevalv@mail.ru; +7(978)794-8764)

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория

В восстановительном лечении и реабилитации детей с неоперированными врожденными пороками сердца (ВПС) и в отдаленном послеоперационном периоде большое значение придается санаторно-курортному этапу. Однако роль курортного этапа и разработка оптимально-дифференцированных лечебно-реабилитационных комплексов при различных врожденных пороках сердца остаются недостаточно изученными.

Была проведена оценка исходного клинико-функционального состояния 109 детей в возрасте 8—16 лет с врожденными пороками сердца (дефектом межпредсердной и межжелудочковой перегородки), прооперированных — 66 детей и неоперированных — 43 ребенка, с целью сравнительного изучения показателей и выявления отклонений в физическом развитии, особенностей состояния кардиогемодинамики, вегетативной нервной системы, резервов компенсаторно-адаптационных возможностей и их динамики на курортном этапе медицинской реабилитации. Прооперированы дети были в различные возрастные периоды: до 2 лет — 31,1% наблюдаемых, в возрасте старше 2 лет — 68,9% детей. Послеоперационный период до 1 года был у 1,0% исследуемых, от 1 года до 5 лет — у 41,4%, более 5 лет — у 57,6% детей. Полученные результаты эффективности восстановления нарушенных функций сердечной деятельности, вегетативной регуляции, показателей симпатоадреналовой системы, повышения работоспособности и качества жизни изучались методами электрокардиографии (ЭКГ), допплерэхокардиографии (ДЭхоКГ), кардиоинтервалографии (КИГ), реоэнцефалографии (РЭГ), спирографии, велоэргометрии, по тестам Айзенка, CMAS, ТДСФС, SF-36 в динамике санаторно-курортной реабилитации и обрабатывались общепринятыми методами статистики (вариационным, корреляционным, дисперсионным). Контрольными физиологическими величинами были возрастные нормы, соответствующие возрасту наблюдаемых детей.

Период адаптации у детей с врожденными оперированными и неоперированными пороками сердца протекал неоднородно и зависел от характера порока, состояния гемодинамики и степени компенсации гемодинамических отклонений, а в группе оперированных детей — и от сроков проведения оперативного вмешательства. В результате проведенных исследований у части детей с ВПС, как оперированными, так и неоперированными, были выявлены признаки отставания в физическом развитии, умеренно выраженные изменения показателей кардиогемодинамики, дыхательной, вегетативной нервной, симпатоадреналовой систем, более выраженные у неоперированных детей и оперированных в возрасте старше 2 лет.

Установлено положительное влияние курортного этапа реабилитации на клинико-функциональное состояние детей с ВПС. Восстановительный эффект измененных показателей реализовался за счет суммарного улучшения регуляторной функции и увеличения сократительной функции миокарда. Однако выявленный разноуровневый характер улучшения показателей сократительной функции миокарда при различных пороках сердца требует дальнейших исследований по разработке дифференцированных методов реабилитации этих больных на курортном этапе.

* * *

КИНЕЗИОТЕРАПИЯ — КАК АКТИВНЫЙ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАВМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА

ЖуравельТ.В., Прокопьева М.С.

ФБУ ЦР ФСС РФ «Тараскуль», Тюмень

Восстановление утраченных функций после травмы позвоночника с повреждением спинного мозга — очень сложная задача. Применение физической реабилитации у таких пациентов должно проводиться комплексно с целью общего воздействия на весь организм. В ЦР «Тараскуль» активно используется эффективный и доступный метод восстановления, неотъемлемый элемент реабилитационных мероприятий для людей, переживших травмы, — кинезиотерапия, при котором пациент полноценно участвует в оздоровительном процессе.

Кинезиотерапия показана с первых дней, прежде всего для профилактики возможных осложнений, связанных с длительной иммобилизацией.

Выбор метода кинезиотерапии и режима движений строго индивидуализируется в зависимости от общего состояния пациента.

В ЦР «Тараскуль» кинезиотерапия применяется с 2008 г.

После осмотра пациента врач создает индивидуальную программу занятий, инструктор-методист наблюдает за правильностью ее выполнения и техникой движений. Врач и инструктор обучают пациентов правилам техники безопасности при работе со своим телом. Но главное действующее лицо лечебного процесса — всегда сам пациент. Он выполняет самостоятельную работу, совершает активное движение, которое только в этом случае и является лечебным.

Строгое дозирование физических воздействий и постоянное поступательное усложнение реабилитационной программы делают результат лечения наглядным как для врача, так и для пациента. От занятия к занятию физические возможности человека растут, амплитуда движений расширяется, уменьшается болевой синдром, уменьшается спастичность мышц.

В кинезиотерапии используются активные, активно-пассивные и пассивные упражнения. Для выполнения активных упражнений применяются: многофункциональный тренажер Бубновского, пневмокомплекс для плечевого пояса, велотренажеры (Thera Aktiv, Thera Vital).

Активно-пассивные и пассивные упражнения проводятся как врачом ЛФК или инструктором, так и на роботизированном оборудовании.

Активно-пассивные, пассивные упражнения проходят на таких роботизированных тренажерах, как: установка ERIGO-вертикализатор с интегрированными приводными механизмами для ног; система LOKOMAT, система для локомоторной терапии «СЛТ»-роботизированные ортопедические устройства для восстановления навыков ходьбы; AMADEO-система реабилитации пациентов с нарушениями функции кисти.

За 2018 г. были проведены: вертикализация на аппарате ERIGO-270; LOKOMAT-1226; СЛТ-88; AMADEO-593; занятия ЛФК-7911. Все пациенты выписаны с положительной динамикой.

Итак, кинезиотерапия является полноценным методом восстановления функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата, а также развития компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду.

Многолетний опыт работы отделения и используемые роботизированные технологии помогают обрести полноценную жизнь многим пациентам с повреждением спинного мозга.

* * *

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАЗВИТИЯ МЫШЦ БРЮШНОГО ПРЕССА СТУДЕНТОК РУДН

Журавлева Ю.С.

Российский университет дружбы народов, Москва

При планировании учебного процесса с девушками по развитию мышц брюшного пресса важно уделять пристальное внимание, так как данная группа мышц способствует оптимальному функционированию внутренних органов, участвует в родовом акте и т.д.

Анализ научно-методических работ показал, что исследованию развития силовой выносливости мышц брюшного пресса студенток вузов уделяется недостаточное внимание, хотя эта мышечная группа имеет немаловажное значение в процессе физического воспитания девушек.

Цель исследования — определение выносливости экспираторной мускулатуры по показателям силы мышц выдоха в динамическом и статическом режимах.

Были обследованы 32 студентки основной медицинской группы гуманитарного факультета, прибывших на обучение из Средней полосы России и постоянно проживающих в Москве.

По результатам проведенных исследований выявлены достоверные различия между показателями силы мышц выдоха и динамической выносливости у студенток исследуемых групп ($p<0,05$). При определении выносливости мышц передней стенки живота и дыхательной мускулатуры более длительное время зарегистрировано у студенток, прибывших на обучение из Средней полосы России. Статическая выносливость экспираторной мускулатуры обнаруживает высокую корреляционную зависимость ($r>+0,7$), это объясняется тем, что основная нагруз-

ка при выполнении данных упражнений приходится на нижнюю часть живота, работающую в изометрическом режиме.

По результатам исследования выявлена необходимость использования методик измерения силы и динамической выносливости экспираторной мускулатуры, так как эти показатели обладают необходимой информацией о развитии исследуемых мышц и рекомендованы к использованию при построении тренировочного процесса с целью оптимизации физического воспитания студенчества. Также рекомендовано проведение самостоятельных занятий данными физическими упражнениями с целью сохранения репродуктивной функции девушек.

* * *

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА У ДЕТЕЙ

Захарова И.Н. (zakharova-rmapo@yandex.ru; +7(495)496-5238), Творогова Т.М. (tvort@mail.ru; +7(495)496-5238), Степурина Л.Л. (larisastepurina@yandex.ru; +7(916)430-8302), Елезова Л.И., Шмаков Н.А. (elelu@mail.ru; +7(495)501-5266)

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, Москва; ФГБУЗ ЦКС «Малаховка» ФМБА, Московская область, пос. Малаховка

По данным ESPGAN (2006), частота функциональных запоров в детской практике составляет 30%, что приводит к врачу каждого третьего родителя с детьми разного возраста. С позиций современной науки, в основе функциональных нарушений ЖКТ лежат психовегетативно-эндокринные нарушения, которые, в свою очередь, обусловлены в том числе и дефицитом магния.

Цель исследования — определить взаимосвязь гомеостаза магния и функциональных возможностей организма при хроническом запоре у детей.

Материал и методы. Проспективное, открытое исследование было проведено в период с 2013 по 2017 г. на базе клинического санатория «Малаховка» Московской области. Под наблюдением находились 134 ребенка в возрасте 10—16 лет с диагнозом К59.0 — «Запор». Все дети получали базисную терапию в виде щадяще-тренирующего режима, лечебного питания, оздоровительного массажа и лечебной физкультуры. Пациенты были разделены на две группы: основную (n=104) и контрольную (n=30). Основная группа для лечения запора принимала лечебную минеральную воду Донат Mg, по 100—150 мл 3 раза в день, комнатной температуры, за 20 мин до еды. Пациенты находились на лечении 18 дней.

Методы исследования: анализ данных анамнеза, жалоб, общий осмотр врача, заполнение и анализ опросников, лабораторная диагностика уровня магния в сыворотке крови и волосах. Функциональные возможности адаптации оценивались на аппаратном комплексе «Истоки здоровья».

Результаты. На основе анализа данных анамнеза, опросников и лабораторного исследования выявлен выраженный дефицит магния у 41 (30,6%) пациентов, умеренный дефицит у 61 (45,5%) и минимальный дефицит у 24 (18%) пациентов. Не обнаружено корреляционной связи между дефицитом уровня магния в сыворотке крови и волосах. Исследование на аппаратном комплексе «Истоки здоровья» выявило снижение общего потенциала адаптации у 113 (84,3%) пациентов. У 70 (52%) детей был диагностирован сниженный функциональный уровень ЦНС. Отмечались сниженный эмоциональный фон у 47 (35%), низкая устойчивость реакции у 79 (59%) и уровень стрессоустойчивости у 69 (49,9%). Выявлены прямые достоверные корреляционные связи между содержанием магния в волосах и психоэмоциональным, функциональным резервом ЦНС. Динамика проявлений у пациентов основной группы на фоне приема минеральной воды показала уменьшение пациентов с выраженным и умеренным дефицитом магния, при этом отмечено достоверное увеличение содержания магния в сыворотке крови при низком уровне его до исследования. У пациентов контрольной группы положительная динамика практически отсутствовала.

Вывод. Выявленный дефицит магния и запоры у детей — процессы взаимосвязанные. Низкий уровень магния в организме ребенка и подростка является патогенетическим механизмом формирования функциональных запоров в детском возрасте. Динамика клинических и лабораторно-инструментальных показателей на фоне приема минеральной воды с высоким уровнем магния позволило улучшить энергетические, нейрохимические и метаболические процессы в ЦНС и ВНС, что позволило скорректировать функциональные нарушения, в том числе и в толстой кишке.

* * *

ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА КАК ОСНОВНОГО ОРГАНИЗАЦИОННО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ЭЛЕМЕНТА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ В ФБУ ЦР ФСС РФ «ТАРАСКУЛЬ»

Захарченко Н.М., Леушина Г.И.

ФБУ ЦР ФСС РФ «Тараскуль», Тюмень

При отсутствии правильно организованных мероприятий по восстановлению или компенсации утраченных функций в результате полученной травмы достаточно быстро формируются необратимые изменения в организме и развивается инвалидиза-

ция пациента. В ЦР «Тараскуль» (далее Центр) основным организационно-технологическим элементом процесса реабилитации пациентов с тяжелой производственной травмой является работа мультидисциплинарной бригады (далее МДБ). По рекомендации МДБ формируется и корректируется план реабилитационных мероприятий, учитывающий физическое и психологическое состояние пациента.

С 2015 по 2018 г. в Центре получили реабилитационное лечение 450 пациентов с тяжелой производственной травмой, из них: с травмами конечностей — 125 человек, с политравмами — 117, с травмами позвоночника — 99, с ЧМТ — 52, с ожогами — 39, с травмами ребер — 6, с травмами глаз — 5, с отравлением вредными веществами — 3 человека, травмы костей таза и травмы живота — 4. Из 450 человек — 92% граждане трудоспособного возраста от 23 до 59 лет, из них мужчины — 88%.

Для оценки психоэмоционального состояния пациентов в качестве тестового материала использовались Шкала тревоги и депрессии и Шкала оценки астении. При первичном тестировании у всех пациентов отмечался повышенный уровень тревоги и депрессии (40 и 35%). Проведенное при выписке повторное тестирование подтвердило эффективность проведенного комплекса реабилитационных мероприятий.

Эффективность физической реабилитации осуществлялась с помощью оценочных шкал показателей нарушения функций и структур организма, визуальной аналоговой шкалы, индекса мобильности Ривермид.

При оценке нарушений функций и структур организма в среднем показатели составили при поступлении 18,6 балла, при выписке 10,5 балла, что свидетельствует об улучшении функциональных возможностей организма, увеличении силы и выносливости мышц, объема движений в суставах, увеличения толерантности к физической нагрузке. При оценке по визуальной аналоговой шкале боли средние показатели составили при поступлении 18,4 балла, при выписке 7,2 балла, что соответствует снижению болевого синдрома на 60,9%. При оценке теста Ривермид средние показатели при поступлении 14,2, при выписке 14,8, что соответствует улучшению качества повседневной активности пациента. Благодаря рекомендациям МДБ, во всех случаях отмечалась положительная динамика. Реабилитационные мероприятия продолжались от 21 до 35 дней.

Индивидуальный подход и регулярное динамическое наблюдение с коррекцией лечения позволил значительно повысить качество жизни пострадавшего, снизить функциональные последствия и негативные влияния травмы, увеличили степень самостоятельности пациента, улучшили прогноз восстановления профессиональной трудоспособности.

* * *

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Золотухин Н.Н. (znn1971@gmail.com)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Особенности лечения острой коронарной патологии после введения в клиническую практику термина «острый коронарный синдром» (ОКС), в который входят острый инфаркт миокарда (ОИМ) и нестабильная стенокардия (НС), нашло отражение не только в обновленной оценке эффективности инвазивных и неинвазивных методов лечения, но и переоценке медицинской реабилитации (МР). В структуру Главного клинического госпиталя МВД России (ГКГ) входит специализированный реабилитационный центр, что позволяет осуществлять два этапа МР.

Цель исследования — оценка МР при ОИМ и НС у сотрудников МВД, соотношение данных заболеваний в структуре ОКС при лечении и реабилитации в ГКГ. Проводились диагностика, лечение и МР пациентов с ОИМ и НС согласно стандартам оказании медицинской помощи в ГКГ, всего 551 человек в возрасте от 33 до 67 лет, из них 152 сотрудника МВД. Критерием включения в исследование являлось наличие ОИМ и НС, подтвержденных лабораторными и инструментальными методами. Количество случаев ОКС от 114 до 158 каждые 12 мес из всего периода наблюдения. Наибольшее число госпитализаций с ОКС зафиксировано у пенсионеров МВД (399) и 152 ОКС у сотрудников МВД. При анализе госпитализаций ОКС у сотрудников МВД преобладает ОИМ, у пенсионеров МВД — НС. 135 пациентов были переведены для дальнейшего лечения в реабилитационный филиал ГКГ, причем с НС были переведены всего 7 пациентов, с ОИМ — 92. Большинство пациентов проходило только первый (стационарный) этап МР. 436 пациентов выписаны с улучшением без перевода для дальнейшей реабилитации в реабилитационный центр, 119 прошли второй реабилитационный этап.

Таким образом, у сотрудников МВД, перенесших ОКС, чаще диагностируется ОИМ, у пенсионеров МВД преобладает НС. При лечении и реабилитации ОИМ у сотрудников МВД в 26—38% требуется перевод в реабилитационный центр; при НС от 1 до 4%.

* * *

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Золотухин Н.Н. (znn1971@gmail.com)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

В настоящее время одной из наиболее значимых причин смертности населения остаются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — ежегодно 17,3 млн, что составляет 31,5% всех летальных исходов на планете. В Европе от ССЗ ежегодно погибают более 4 млн человек, из них 1,4 млн в возрасте до 75 лет с ведущей ролью ишемической болезни сердца (ИБС). В связи с многофакторной этиологией ССЗ, тесной взаимосвязью и взаимопотенциирующим действием ФР, сформулирована концепция суммарного сердечно-сосудистого риска, среди которой наиболее значимые — артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия. Имеются научные данные, свидетельствующие о наличии тканевой инсулинорезистентности и функциональном гиперинсулинизме, обусловленные повышенной активностью гипофизарно-адреналовой системы, снижением концентрации тестостерона (Т) у больных ИБС.

Цель исследования — оценка возможной связи и взаимного влияния показателей возраста, артериального давления, уровня липопротеидов, уровня гормонов при ИБС у пациентов с верифицированным коронарным атеросклерозом (КА). У 76 мужчин, возраст которых варьировал от 39 до 63 лет (средний возраст 53,3±1,2 года), была диагностирована ИБС. 21 человек в возрасте от 37 до 53 лет (средний возраст 48,9±1,3 года) включены в контрольную группу. Иммунореактивный инсулин (ИРИ), С-пептид (С-пепт), соматотропин (СТГ), кортикотропин (АКТГ), кортизол (Корт), Т оценивались натощак и через 120 мин после проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ).

По данным корреляционного анализа, характерным признаком больных ИБС с верифицированным КА являются гиперреактивность бета-клеточного аппарата поджелудочной железы, проявляющаяся увеличением секреции ИРИ и С-пепт, измененная активность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, реализующаяся конкурентным взаимодействием адренокортикотропной и соматотропной функций гипофиза, обусловливающие частичное угнетение стероидной активности надпочечников и снижение продукции Т интерстициальными клетками семенников.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЬНЕОГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА ТАЗОВОГО ДНА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «БАКИРОВО»

Ибрагимов М.Ф., Шамсутдинов И.Ф., Шамсутдинов З.В.

Санаторий «Бакирово», Республика Татарстан, Лениногорский муниципальный район, с. Бакирово

Традиционная медицина давно практикует использование лечебных грязей для лечения урологических заболеваний. Грязелечение вызывает увеличение кровотока в тканях, способствующего улучшению их питания и трофики. Тепловой эффект пелоида оказывает антиспастическое, обезболивающее, противовоспалительное действие. Применение высококонцентрированных сероводородных ванн типа «Мацеста» нормализует тонус кровеносных сосудов, особенно мелкого и среднего калибра. Под влиянием сероводородных ванн улучшаются микроциркуляция и кровообращение в различных органах и тканях. В связи с этим улучшаются обменные и трофические процессы в организме.

В санатории «Бакирово» ежегодно проходят лечение и профилактику мужчины с такими заболеваниями, как хронический простатит и аденома предстательной железы. Эти два заболевания связывают симптомы: частое мочеиспускание малыми порциями, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, дискомфорт внизу живота и в промежности, никтурия, нарушения эрекции, ускоренное семяизвержение, психическая подавленность. При данных заболеваниях и при отсутствии должной физической нагрузки происходят дистрофические изменения, снижение кровоснабжения в малом тазу. Ситуацию усугубляет преимущественно сидячий образ жизни, возрастные изменения. В результате мышцы не могут эффективно функционировать, возникают те или иные нарушения в работе органов малого таза. Устранить возникшие проблемы помогают специальные комплексы упражнений лечебной физкультуры. Более эффективно тренировать мышцы малого таза можно с помощью экстракорпоральной магнитной стимуляции нервно-мышечного аппарата тазового дна. Электромагнитные импульсы вызывают поочередное сокращение и расслабление мышц тазового дна, толстой кишки, мочевого пузыря, предстательной железы. В результате такого воздействия улучшается микроциркуляция крови, исчезают застойные явления, тренируются мышцы. Лечебный сеанс длится 20 мин. Во время сеанса лечения пациент ощущает небольшую вибрацию, а также сокращение и расслабление мышц малого таза. Появление результата лечения пациенты отмечают после 8—10 процедур. На один

курс лечения назначается 10—20 процедур, проводимых ежедневно. Результат лечения — восстановление тонуса и функционирования мышц и органов малого таза, активизация кровоснабжения, устранение застойных явлений.

Традиционные методы лечения хронического простатита и аденомы предстательной железы в санатории «Бакирово» осуществляются согласно стандартам по приказу Минздравсоцразвития РФ №216 от 22.11.04 «Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями мужских половых органов». Перед санаторно-курортным лечением всем пациентам проводится предварительное обследование: общеклинические исследования, физикальное обследование, включая пальцевое ректальное исследование предстательной железы, мазки из уретры на ИППП методом ПЦР, анализ секрета предстательной железы и посев на микрофлору с определением чувствительности, ТРУЗИ предстательной железы, международная система суммарной оценки предстательной железы (IPSS). В группу обследования вошли пациенты в количестве 40 человек в возрасте 45—60 лет, направленные на санаторно-курортное лечение с диагнозом хронический простатит, аденома предстательной железы 1 ст. Данная группа пациентов имела схожие данные по IPSS 9—15 баллов, объем предстательной железы около 38—45 см^3, PSA 2,5—3,0 нг/мл. 40 пациентов были поделены на две подгруппы по 20 человек: пациенты, принимающие бальнеогрязелечение, электрофизиотерапию, массаж предстательной железы, и пациенты, принимающие бальнеогрязелечение, электрофизиотерапию, массаж предстательной железы и тазовую электромагнитную терапию. В результате исследования было выявлено, что у пациентов, получающих экстракорпоральную магнитную стимуляцию нервно-мышечного аппарата тазового дна, уменьшились дизурические симптомы, IPSS уменьшился до 4—7 баллов, объем предстательной железы уменьшился до 35—38 см^3, а пациенты 1-й группы, не получающих тазовую электромагнитную терапию, отмечали улучшение, но по субъективным данным объем предстательной железы уменьшился лишь до 38—40 см^3, IPSS 7—11 баллов. Уровень PSA у обоих подгрупп остался прежним.

Вывод. Таким образом, применение у пациентов сочетания бальнеогрязелечения, электрофизиотерапии, массажа предстательной железы и тазовой электромагнитной терапии в условиях санатория «Бакирово» в комплексном лечении пациентов с хроническим простатитом и аденомой предстательной железы позволяет добиться стойкого снижения клинического проявления заболевания, улучшения гемодинамики и микроциркуляции в малом тазу, увеличение длительности дооперационного периода, улучшения качества жизни пациента и вообще предотвратить оперативное вмешательство у людей, не желающих оперировать аденому предстательной железы.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНО-ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ САНАТОРИЯ «БАКИРОВО», ОБКАЛЫВАНИЯ ОЗОНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСЬЮ И ПАНТОВЫХ ВАНН В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Ибрагимов Ф.И., Миникаева Г.Р.

Санаторий «Бакирово», Республика Татарстан, Лениногорский муниципальный район, с. Бакирово

Распространенность осложнений сахарного диабета составляет 40—55%. Наиболее частым осложнением является диабетическая полинейропатия.

Ведущим в патогенезе заболевания является повышение сахара крови, который разрушает стенки сосудов, и нервные волокна не могут получать достаточное количество питания и кислород ввиду дисфункции кровообращения. Возникает ишемия, и проведение импульсов замедляется или полностью прекращается.

Клинические проявления диабетической полинейропатии: онемение, боль и «мурашки» в конечностях, слабость мышц и пальцев ног, деформация голеностопного сустава, снижение порога болевой и температурной чувствительности.

Для изучения озоно-кислородной смеси, пантовых ванн в сочетании с природными факторами при лечении больных с диабетической полинейропатией были отобраны 46 человек в возрасте от 30 до 75 лет.

Наблюдаемых разделили на две группы: основная группа 23 человека получала комплексное лечение, обкалывание озоно-кислородной смесью и пантовые ванны.

Действие озона связано с непосредственным окислением алгопептидов, устранением ишемии корешков нервов, блокированием синтеза простагландинов. Во время обкалывания озоно-кислородной смесью объемом 1—2 мл на глубину 1—1,5 см, в триггерные точки конечностей, стимулировали восстановление пораженного нерва за счет улучшения реологии и микроциркуляции крови, уменьшения гипоксии и активации обмена кислорода в ишемизированной нервной ткани. Количество обкалываний от 5 до 7 процедур, через день, после основного лечения.

Пантовые ванны принимались ежедневно, в количестве 7—10 ванн. Они способствовали улучшению эластичности стенок кровеносных сосудов и обменных процессов в организме, снижению уровня сахара в крови.

Комплексное лечение включало:

1) грязевые ванны температурой 38—42 °С на 10 мин через день, на курс 7—10 ванн;

2) грязевые аппликации с гальваническим током 5—20 МА на конечности, продолжительностью 10 мин, 7—10 процедур;

3) H2S ванны типа «Мацеста», через день температурой +37 °С на 10 мин и концентрацией сероводорода 50—150 мгл, курс 7—10 ванн.

2-я группа (23 человека) получала комплексное лечение, но без пантовых ванн и обкалывания озоно-кислородной смесью и служила контрольной.

Анализ полученных данных показал, что на фоне приема обкалывания озоно-кислородной смеси, пантовых ванн и комплексного лечения положительный эффект выражался в уменьшение онемения, «мурашек», болей в конечностях, увеличении объема движений в суставах и снижении уровня гликемии. Это наблюдалось к 10-му дню лечения.

В контрольной группе эффективность лечения была ниже. Оценка результатов показала, что лучшие показатели у больных 1-й группы, получивших обкалывание озоно-кислородной смесью и пантовых ванн, из 23 больных значительное улучшение достигнуто у 10 (43,5%) человек, улучшение — у 8 (34,8%) человек, без улучшения — 5 (21,7%) человек.

Во 2-й группе: значительное улучшение наступило у 8 (34,8%) человек, улучшение — у 9 (39,1%) человек, без улучшения — 6 (26,1%) человек.

Таким образом, применение лечебно-оздоровительных природных факторов санатория «Бакирово» в сочетании с обкалыванием озоно-кислородной смесью и пантовых ванн больных с диабетической полинейропатией может быть рекомендовано для использования в клинической практике и других санаториях.

* * *

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ

Иванов А.Л., Орлов М.А., Орлова Е.А., Касимова Н.М., Орлов М.М.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань

Больные хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) различаются по течению болезни, симптоматике, прогнозу и ответу на проводимую терапию, что определяется как фенотипы (А.С. Белевский, А.А. Визель, С.К. Зырянов и др., 2015).

Цель исследования — оценить клиническую эффективность применения индивидуализированных программ реабилитации у больных с различными фенотипами ХОБЛ.

Курс реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях (III этап) получили 120 больных ХОБЛ средней тяжести. Клиническая симптоматика указывала на целесообразность продолжения лечения бронходилататорами в комплексе с методами физической и комплементарной терапии. Частым симптомом являлся кашель с умеренным количеством слизистой или слизисто-гнойной мокроты (77,5%). Из экстрапульмональной симптоматики превалировал астеновегетативный синдром (80,8%). Сочетание продуктивного кашля и астенических проявлений после обострения ХОБЛ свидетельствовало о стихающем воспалительном процессе в легких и сниженной реактивности организма больных. Исходная характеристика функционального состояния больных свидетельствовала о стагнации восстановления показателей $ОФВ_1$, $ОФВ_1$/ФЖЕЛ и наличии смешанных нарушений легочной вентиляции. При этом показатели острофазового белка лактоферрина в сыворотке крови соответствовали минимальной активности воспаления (1,82±0,31—2,47±0,24 мкг/мл).

Комплексная программа реабилитации включала индивидуальный двигательный режим, фармакотерапию бронходилататорами (дозы индивидуально), сбалансированное питание, образовательные программы в рамках школы по ХОБЛ, психотерапию, ЛФК, физиотерапию, рефлексотерапию, комбинированный массаж. Больным с преимущественно бронхитическим типом ХОБЛ применялся препарат траумель С, внутримышечно №5.

Результаты курсовой реабилитации (5 нед) оценивались спустя 12 мес. Получен хороший социальный показатель, отражающий сохранение работоспособности у 83,3% больных. Достоверно значимое улучшение показателей сывороточного лактоферрина показывает позитивную динамику развития саногенных реакций организма больных ХОБЛ.

* * *

ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИЕМА ВАНН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Иванова Е.А., Добряков Е.В., Абдрасулова О.В.

АО «ДиЛУЧ» санаторно-курортный комплекс, город-курорт Анапа

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из главных причин смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности в РФ (Ю.В. Нагибина, 2017). Бальнеолечение является неотъемлемой частью санаторно-курортного лечения, однако в современной литературе имеются единичные исследования о наиболее эффективном и рациональном применении ванн при ИБС.

Цель исследования — выявить эффективность назначения ванн пациентам с ИБС. Проведено открытое рандомизированное исследование в АО «ДиЛУЧ» (n=93, 78 женщин и 15 мужчин, средний возраст составил 63,5±6,2 года), курсом 18 дней,

критерии включения: диагноз стабильная стенокардия напряжения и атеросклеротический кардиосклероз в фазу ремиссии и нестойкой ремиссии, информированное согласие. Сформировано три группы: 1-я группа получала йодобромные ванны (природный рассол Цыбанобальского месторождения, n=36), 2-я группа — сухие углекислые ванны с концентрацией CO_2 30% (n=24), 3-я группа, контрольная, без бальнеолечения (n=33). Все пациенты принимали в комплексе дозированные физические нагрузки, низкочастотную магнитотерапию, тракскутанное лазерное облучение крови, талассотерапию, психотерапию. Клинико-функциональные параметры в группах при однопрофильной патологии существенно не различались. В процессе лечения 95,8% больных ИБС продолжали принимать поддерживающую фармакотерапию, назначенную по месту жительства. Средний уровень артериального давления (АД) среди групп составил 145,5±5,71/90,5±2,4 мм. рт.ст., средний индекс массы тела (ИМТ) 28,3±4,31 кг/м^2. Комплексное обследование проводилось перед началом и по окончании курса. Контролировались результаты клинических, объективных, лабораторных (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови) и функциональных методов исследований (ЭКГ, реография), определение толерантности к физической нагрузке (6-минутный шаговый тест) и специальных тестов («SF-36»). Результаты исследований анализировались Microsoft Excel, онлайн-калькуляторов, различия считались значимыми при p<0,05. До лечения по данным опросника SF-36 выявлено в равной степени снижение уровня КЖ во всех исследуемых группах, как по физическому, так и по психологическому компонентам здоровья, однако достоверных межгрупповых различий не отмечено. После лечения в 1-й группе отмечено статистически значимое снижение АД (125,3±2,6/83,5±2,6 мм рт.ст). Во 2-й группе отмечена тенденция к снижению глюкозы (с 6,1±1,9 до 5,7±1,3 ммоль/л) и креатинина (с 96,3±15,2 до 92,2±18,8 мкмоль/л), ИМТ до 25,4±2,18 кг/м^2. Показатели качества жизни значимо улучшились во всех группах при сравнении с показателями до лечения, между группами различий не выявлено, однако у лиц, получающих ванны, суммарный показатель психического здоровья выше. Бальнеолечение необходимо пациентам с ИБС, ванны нормализуют АД, биохимические показатели крови и восстанавливают качество жизни.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОРОНАРНЫХ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Ивашенко А.С. (niisechenova@mail.ru; +7(978)725-3828), Мизин В.И., Ежов В.В., Царев А.Ю., Ежов А.В., Платунова Т.Е.

ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», Ялта, Республика Крым, Россия

Современная физиотерапия относит к полезным свойствам сухих углекислых ванн (СУВ) улучшение кислородного обмена, замедление процессов старения, укрепление иммунитета и регенерационных функций, состояния нервной, эндокринной, легочной и сердечной систем, стабилизацию артериального давления, восстановление морфофизиологических характеристик кожных покровов (А.Н. Разумов и соавт., 2012). Преимуществом СУВ «Реабокс» является возможность поддерживать оптимальные параметры лечебной воздушной среды (концентрация CO_2, температура, относительная влажность воздуха) в течение всей процедуры.

Цель исследования — оценка эффективности технологии СУВ в комплексном санаторно-курортном восстановительном лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической ишемией мозга (ХИМ).

Проведены наблюдения у 143 больных (90 больных с клиническими проявлениями ХИМ и 53 больных ИБС). Исследования осуществлялись в трех группах пациентов. В 1-й группе (контроль, 50 пациентов) лечение осуществлялось в соответствии с рекомендованными стандартами санаторно-курортного лечения, во 2-й группе (42 пациента) дополнительно проводились СУВ, в 3-й группе (51 пациент) лечение по схеме 2-й группы дополнялось физическими тренировками с дыхательным тренажером «Новое дыхание». Процедуры СУВ осуществлялись при концентрации CO_2 15—20%, температуры воздуха в боксе 28—30 °С, продолжительность 15 мин. Общее количество процедур на курс — 10—12.

Оценка эффективности включения физических тренировок и СУВ в комплекс санаторно-курортной медицинской реабилитации осуществлялась на основе критериев «Международной классификации функционирования, нарушений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ).

Согласно полученным данным, проведенные лечебные воздействия оказывают положительное влияние на основные клинико-функциональные показатели. Наиболее выраженные изменения функционального состояния пациентов отмечены в 3-й группе (сочетание курса СУВ и физических тренировок).

Так, у пациентов с ХИМ наблюдалось достоверное положительное влияние данного комплекса на динамику 9 доменов МКФ — головокружение (b240), ощущение боли (b280), функции системы крови (b430), кислородные транспортные функции крови (b4301), функции толерантности к физической нагрузке (b455), общая физическая выносливость (b4550) утомляемость (b4552), общие метаболические функции (b5408), преодоление стресса и других психологических нагрузок (d240). У пациентов с ИБС отмечалось достоверное положительное влияние на динамику 3 доменов МКФ: функции системы крови (b430), кислородные транспортные функции крови (b4301), преодоление стресса и других психологических нагрузок (d240).

В результате исследования разработана комплексная методика санаторно-курортной медицинской реабилитации с применением СУВ и физических тренировок для пациентов с хроническими ишемическими заболеваниями коронарных и церебральных сосудов.

* * *

РЕКРЕАЦИОННЫЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КУРОРТОВ КРЫМА В РЕШЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ ЗАДАЧ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Ивашенко А.С. (niisechenova@mail.ru; +7(978)725-3828), Мизин В.И., Ежов В.В., Ярош А.М., Пьянков А.Ф.

ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», Ялта, Республика Крым, Россия

Общим для всех курортов Крыма и главным для курортов Южного берега Крыма (ЮБК) является климат, в наибольшей степени приближающийся к оптимальному по сравнению с климатом других регионов РФ.

Цель исследования — оценка рекреационного и реабилитационного потенциала климата курортов ЮБК в различные сезоны года.

Материал и методы. Оценка рекреационного потенциала проводилась на основе анализа сезонной динамики значений разработанного в АНИИ им. И.М. Сеченова рекреационного климатического индекса (РКИ). Оценка реабилитационного потенциала проводилась на основе анализа сезонной динамики значений 19 доменов функций, входящих в «Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ). В одноцентровом ретроспективном обсервационном исследовании приняли участие 534 пациентов с ИБС, ГБ и БОД, получивших комплексное санаторно-курортное лечение на курортах ЮБК в соответствии с действующими стандартами санаторно-курортной помощи.

Результаты. Динамика значений РКИ свидетельствует о том, что климат ЮБК во все сезоны соответствует эффективной рекреации, наибольший рекреационный потенциал имеет теплый период года (окончание весны, лето и начало осени). Динамика значений контролированных доменов МКФ свидетельствует о высоком реабилитационном потенциале курорта ЮБК для больных с ИБС, ГБ и БОД во все сезоны. У пациентов с ИБС он был наиболее высоким весной и осенью, в том числе для доменов b2401, b280, b410, b420, b435, b530, b455, b4552, b4601 и d240, при этом динамика домена b420 (функции артериального давления) и выраженности гипертензивного синдрома потенциал оказался наиболее высоким летом и наиболее низким зимой. У пациентов с БОД более высокая эффективность медицинской реабилитации по отдельным доменам отмечена в различные сезоны года, но нет указаний на предпочтительный сезон. В отношении пациентов с ГБ динамика 5 доменов оказалась достоверно лучшей в зимнем сезоне, параметры которого на ЮБК были более благоприятны, чем параметры зимнего сезона по месту постоянного жительства больных.

Вывод. Климат как главный курортный фактор формирует высокий рекреационный и реабилитационный потенциал курортов ЮБК во все сезоны года. Для больных ИБС реабилитационный потенциал курортов ЮБК был в летнем сезоне ниже, чем в другие сезоны года.

* * *

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ У ЮНЫХ ДЕВУШЕК ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ипатова М.В.[1], Маланова Т.Б.[1], Геворкян Г.А.[1], Кубицкая Ю.В.[1], Кругляк Д.А.[1], Микитченко Н.А.[2] (mavlip@yandex.ru)

[1]ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва; [2]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Раннее начало половой жизни подростков, беременность и в большинстве случаев следующее за этим ее прерывание, негативно сказывается на становлении репродуктивной функции в будущем. Причем в раннем послеабортном периоде частота возможных осложнений составляет около 18%, а поздних — в 2 раза выше.

Цель исследования — оценка эффективности лазеротерапии (ЛТ) для профилактики развития репродуктивных нарушений в будущем.

Обследованы 30 девочек в возрасте 14—17 лет. 20 пациенткам (1-я группа) искусственное прерывание беременности (вакуум-аспирация) произведено в сроке 5—8 нед. Интенсивная лазеротерапия начата через 3 ч после операции, курс составил 7 процедур. Ретроспективно, 2-ю группу (сравнения) составили 10 человек только с профилактической антибиотикотерапией.

По окончании лечения (3-и сутки) в 1-й группе пациенток, чем во 2-й группе, прекратились боли и кровянистые выделения из половых путей. При бимануальном исследовании отсутствовали признаки воспаления матки и придатков, а нормализация размеров и отсутствие гематометры подтверждены УЗИ-исследованием. В гемограмме крови острофазных изменений крови не было. У 20% пациенток после аборта без физиотерапии (ФТ) диагностированы гематометра и наличие острофазных показателей крови, что потребовало назначения дополнительной терапии. Следующая за абортом менструация у девушек, получивших ЛТ, началась в ожидаемые сроки, прошла безболезненно и с умеренной кровопотерей, тогда как у 50% пациенток 2-й группы 1-я менструация прошла безболезненно, но с задержкой до 10—12 дней и со скудной, чем обычно, кровопотерей. Наблюдение за функциональным состоянием яичников на протяжении двух менструальных циклов выявило, что восстановление его двухфазности имело место у 5 (25%) девушек, которым проводили ЛТ уже в первом цикле, у 14 (70%) человек — во втором, у остальных — в третьем. А у девочек 2-й группы, в равном соотношении, только во втором и третьем менструальных циклах.

Итак, для предупреждения развития воспалительных осложнений после первого аборта у подростков необходимы: направленная психоэмоциональная подготовка, минимально травмирующая вакуум-аспирация полости матки и комплексное послеоперационное восстановительное лечение. Эффективность лечения подтверждается отдаленными результатами в течение 2—5 лет за 18 пациентками, прервавших 1-ю беременность в несовершеннолетнем возрасте. Так, отсутствие хронического воспаления половых органов констатировано у 80% больных, получавших профилактическую ЛТ, в то время как в группе сравнении — в 50% случаев.

Итак, ЛТ в комплексе лечебных мероприятий у юных девушек после искусственного прерывания 1-й беременности, явилась целесообразным и клинически эффективным методом лечения, позволяющим избежать возможных осложнений после вынужденной операции.

* * *

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДГОТОВКИ ЛЕГКОАТЛЕТОВ НА ОСНОВЕ РЕЛАКСАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ

Камчатников А.Г., Сентябрев Н.Н., Богомолова М.М., Чемов В.В., Манжела М.В., Попов М.Ю.

ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры»; ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный технический университет»; ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград

Изучены эффекты применения в качестве релаксационных воздействий обучения с биологической обратной связью (БОС-обучения) сочетанного с аромакомпозицией (АК) успокаивающего направления, т.е. смесью натуральных эфирных масел. Использован вариант БОС-обучение на основании натуральной БОС (по специфическим ощущениям). Методика БОС-обучения с использованием АК имела направленность на оптимизацию функционального состояния организма спортсменов (ФСО). В исследовании участвовали 12 практически здоровых, регулярно тренирующихся и выступающих в соревнованиях спортсменов-легкоатлетов (6 юношей и 6 девушек) 1—2 разряда (возраст 18—20 лет).

Для оценки ФСО использован метод вариабельности динамических рядов кардиоинтервалов (ВСР). Анализировали ряд характеристик ВСР: вариационный размах (ΔX), мода (Мо), амплитуду моды (Амо), индекс напряжения (ИН). Задачей была оценка эффектов данного варианта методики релаксации.

Установлено, что применение методики БОС-обучения с АК позволило реализовывать разнонаправленные влияния на показатели ВСР. У мужчин АК успокаивающего характера способствовала значимому ($p<0,05$) снижению ИН на 19,4% (от 80,3 до 64,7 ед.) и ЧСС на 11,6% (от 65,4 до 57,8 уд/мин). Аналогичной была динамика и других показателей ВСР. Анализ БОС-обучения показал возможность рассматривать изменения показателей кардиоинтервалографии у мужчин как индикаторов успешности БОС-обучения. Данные по группе женщин указывают на наличие сложностей процесса обучения, что проявляется в появлении признаков напряжения в работе регуляторных систем, повышении активности центральных механизмов управления.

Эффективное влияние предложенного нами методического подхода к управлению ФСО, привело к росту адаптивных возможностей, что подтверждалось улучшением состояния регуляторного аппарата по данным ВСР. Это, в свою очередь позволило повысить объем тренировочных упражнений в экспериментальной группе. Так, например, в беге на отрезках свыше 100 м с интенсивностью 95% объем увеличился на 7,14% от запланированного, (что составило 7,5 км); объем прыжковых упражнений — на 3,96% (852 отталкивания); в упражнениях с отягощениями — 2,29%. Кроме того, было отмечено повышение результативности скоростно-силовых характеристик по контрольным тестам. В экспериментальной группе прирост в контрольных упражнениях составил за месячный микроцикл: в беге 30 м с ходу на 0,12 с, в прыжке в длину с места на 6 см, в приседаниях со штангой на время 10 раз (50% от массы тела) на 0,26 с.

* * *

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ВОЗДУШНОЙ КРИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Карагодина О.В., Горпинюк Ю.П., Подопригора И.А. (skk_sochi_mok@mil.ru; +7(862)241-2067)

ФГБУ «Санаторно-курортный комплекс «Сочинский» Минобороны России, Сочи

Цель исследования — анализ эффективности применения локальной воздушной криотерапии в комплексном санаторно-курортном лечении больных с заболеваниями позвоночника, сопровождающихся болевым синдромом в спине на санаторно-курортном этапе.

Материал и методы. Одним из методов лечения болевого синдрома при патологии опорно-двигательного аппарата различных локализаций является локальная воздушная криотерапия — лечебное воздействие на ограниченные участки тела струи холодного воздуха. В период 2014—2018 гг. отобраны методом случайной выборки 296 больных (161 женщина, 135 мужчин) с мышечно-тоническим синдромом, стойким болевым синдромом при остеохондрозе позвоночника различной локализации легкой и умеренной выраженности. Средний возраст пациентов составил 51±17 лет. Длительность заболевания от 5 до 38 лет. Пациенты были разделены на группу наблюдения — 162 человека (89 женщин и 73 мужчины) и контрольную группу — 134 человека (72 женщины и 62 мужчины). В качестве критерия оценки эффективности проводимого лечения использовалась десятибалльная визуальная аналоговая шкала боли и определялся объем активных движений в проблемном отделе позвоночника. Все пациенты получали основной комплекс физиобальнеопроцедур при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: ванны (хвойные, йодобромные), электролечение на проблемную зону, ручной массаж. Пациенты группы наблюдения дополнительно к комплексному санаторно-курортному лечению получали процедуры локальной воздушной криотерапии.

Процедуры локальной воздушной криотерапии проводили на аппарате КриоДжет С 200. Установка обеспечивает стабильное охлаждение атмосферного воздуха до низких температур и подачу осушенной воздушной струи на область воздействия. Процедуры проводили широкой насадкой, лабильно, расстояние от насадки до поверхности тела 5—7 см, мощность потока 5—6 ст., в течение 7—10 мин, ежедневно, среднее число отпущенных пациенту процедур составило — 8,04.

Результаты. В группе наблюдения выявилась отчетливая положительная динамика: болевой синдром купировался или значительно уменьшился у 86,0% больных к 3—5-й процедуре, в контрольной группе аналогичный результат был достигнут к 7—8-й процедуре, при этом отмечались нормализация мышечного тонуса, увеличение объема активных движений в пораженном участке, улучшение общего состояния, что способствовало расширению двигательного режима. Всеми пациентами процедура переносилась хорошо.

Вывод. Применение локальной воздушной криотерапии повышает эффективность комплексной реабилитации больных остеохондрозом на санаторно-курортном этапе, обеспечивает регресс неврологической симптоматики, эффективно уменьшает болевой синдром, способствует восстановлению объема движений в позвоночнике у большинства пациентов. Данный метод эффективен в качестве альтернативного метода лечения у пациентов, имеющих противопоказания к назначению электролечебных, тепловых процедур.

* * *

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РОЛЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Караева А.А., Бородина Н.В.

Санаторий «Россия» — НКФ ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, Ессентуки

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) по своей частоте, возможным тяжелым клиническим проявлениям и последствиям признана ведущим заболеванием пищеварительной системы. Побочные действия, вызываемые основными препаратами для лечения кислотозависимых заболеваний, обусловливают актуальность поисков немедикаментозных методов лечения. По нашему мнению, наиболее перспективным является использование низкоинтенсивного лазерного излучения.

Цель исследования — оценка эффективности применения низкоинтенсивного лазерного излучения в санаторной терапии больных ГЭРБ.

Под наблюдением находились 76 больных ГЭРБ в возрасте от 21 года до 58 лет. Для верификации диагноза использованы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований. Общий комплекс терапии включал в себя диетическое питание, внутренний прием минеральной воды Ессентуки №4, углекисло-минеральные ванны. Больные были разделены на две группы: в 1-й группе (56 человек) дополнительно получали лазеротерапию с помощью аппарата Мустанг-2000 (длина волны 0,89 мкм, частота импульса 80 Гц, мощность излучения 6 Вт, время экспозиции 2 мин на одно поле) на пилородуоденальную область, зоны максимально выраженной болезненности и сегментарной иннервации же-

лудка Th10-Th12 — 10 процедур, 2-я группа (20 человек) — аппаратной физиотерапии не получала.

Курс бальнеолечения с применением лазеротерапии способствовал позитивной динамике в клинической картине заболевания, что подтверждалось данными объективных методов исследования. Отмечены регресс клинических признаков заболевания, исчезновение болезненности при пальпации в эпигастрии у 73,2% пациентов 1-й группы, у больных контрольной группы аналогичные изменения отмечались у 45% наблюдаемых. По данным ФГДС, у 53,5% больных 1-й группы на фоне лазеротерапии выявлено значительное уменьшение отека и гиперемии слизистой оболочки. У 82,1% пациентов 1-й группы к концу санаторного лечения исчезли признаки недостаточности кардии. В контрольной группе уменьшение гиперемии и отека слизистой оболочки пищевода имело место у 35% пациентов, с улучшением функции кардии — только у 25%.

Полученные данные позволяют говорить о целесообразности включения в комплексную курортную терапию больных с ГЭРБ курса низкоинтенсивного лазерного излучения, так как предложенная нами методика лечения оказывает влияние на различные звенья патогенеза данного патологического процесса.

* * *

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У СТУДЕНТОВ СО СКОЛИОЗОМ В ПРОЦЕССЕ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

Кетлерова Е.С. (ev.ket@mail.ru; +7(901)761-2949), Коданева Л.Н. (kodaneva61@mail.ru; +7(926)231-5543)

ФГАОУ ВО «Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма»;
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

Небольшая физическая активность, продолжительные статические нагрузки, интенсификация учебного процесса приводят к нарушениям и заболеваниям костно-мышечной системы более чем у 65% обучающихся. Самым распространенным заболеванием является сколиоз. По данным литературных источников, сколиозы I—II степени составляют 75—80% среди всех сколиозов.

Деформация позвоночника оказывает негативное воздействие на деятельность внутренних органов, особенно дыхательной системы. В связи с этим изучение функционального состояния системы внешнего дыхания у студентов со сколиозом является актуальным.

Цель исследования — оценить динамику показателей функции внешнего дыхания у студентов со сколиозом I—II степени в процессе занятий физической культурой.

Материал и методы. Исследование проводилось в течение 2017—2018 учебного года на базе Российского университета дружбы народов. В исследовании приняли участие 36 студентов (12 юношей и 24 девушки) в возрасте 18 лет, имеющих диагноз «сколиоз I—II степени».

Для оценки состояния функции внешнего дыхания (ФВД) определяли жизненную емкость легких (ЖЕЛ), экскурсию грудной клетки (ЭГК) и частоту дыхания (ЧД).

Результаты. В начале исследования показатели ЖЕЛ составляли 2,40±0,04 л, ЭГК 84,02±1,98 см, ЧД 19,78±2,05 цикла и были существенно ниже нормативных значений.

В процессе занятий физической культурой с целью улучшения ФВД выполнялись циклические упражнения, дыхательные упражнения, упражнения для верхних конечностей, плечевого пояса и туловища.

Первый же контроль функционального состояния студентов показал положительную динамику, которая сохранилась до конца учебного года. У юношей и девушек увеличились ЖЕЛ, ЭГК, снизилась ЧД.

ЖЕЛ в среднем увеличилась на 47%, ЭГК — на 32%, ЧД снизилась на 14%.

Практически у 60% студентов, принявших участие в исследовании, показатели ФВД стали соответствовать средним значениям.

Вывод. Занятия физической культурой студентов со сколиозом I—II степени позволяют улучшить функцию дыхательной системы. При регулярных занятиях увеличивается ЭГК, повышаются показатели ЖЕЛ, в состоянии покоя дыхание становится более редким и глубоким.

* * *

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ КОМПЛЕКСЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кирсанова А.А.[1], Долгих С.В.[1], Пономаренко Г.Н.[2]

[1]Главное военно-медицинское управление Минобороны России;
[2]Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Представлены вопросы организации медицинской реабилитации больных в санаторно-курортных организациях Минобороны России после лечения в стационарных условиях, перспективы развития медицинской реабилитации в Вооруженных Силах РФ.

Ключевые слова: *медицинская реабилитация, санаторно-курортные организации Минобороны России.*

Минобороны России располагает широкой сетью санаторно-курортных организаций (40 санаториев). В соответствии с трехуровневой системой

оказания медицинской помощи в ВС РФ больные с ограничениями жизнедеятельности после лечения в стационарных условиях направляются на медицинскую реабилитацию (3-й этап) (далее — МР) в санаторно-курортные организации.

Охват военнослужащих МР в последние годы неуклонно возрастает. В 2012 г. в санаториях Минобороны России МР прошли 267 больных, в 2016 г. — 2,3 тыс. пациентов, в 2017 г. — 6,4 тыс. больных, а в 2018 г. — 9,3 тыс. пациентов. Прогнозный анализ показал, что в 2019 г. число пациентов, направленных на МР в военные санатории, превысит 10 тыс. больных.

Изменилась структура заболеваний у пациентов, проходивших МР в санаториях. В 2014 г. ведущую роль в ней занимали болезни системы кровообращения (75%), затем заболевания и травмы костно-мышечной системы (12%) и болезни органов дыхания (6%). В последующее годы лидерами в направлении на МР стали болезни органов дыхания (2017 г. — 43%, 2018 г. — 33%), заболевания и травмы костно-мышечной системы (2017 г. — 29%, 2018 г. — 28%) и болезни органов кровообращения (2017 г. — 13%, 2018 г. — 16%).

Изменился также и контингент пациентов, прошедших МР в санаториях. В 2014 г. военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, и члены их семей составляли 33%, а военнослужащие по призыву — 6%, ветераны военной службы и члены их семей — 61%. В 2018 г. военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, и члены их семей составляли 51%, военнослужащие по призыву — 34%, а ветераны военной службы и члены их семей — 15%.

Изменение структуры заболеваний у больных, проходивших МР в санаториях, обусловлено совершенствованием системы МР в ВС РФ в целях повышения ее доступности. Ключевые организационные решения по направлению на МР и ее проведению были приняты в 2013—2018 гг. В результате была упрощена система направления на МР, военные здравницы были оснащены современным медицинским оборудованием, медицинский персонал прошел необходимые циклы обучения, а санатории получили соответствующие лицензии на осуществление медицинской деятельности и экспертизу временной нетрудоспособности и пр.

Итогом реализованных организационных мероприятий явилось формирование высокоэффективной и гибкой системы медицинской реабилитации в санаторно-курортных организациях Министерства обороны Российской Федерации.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ФИЛИАЛЕ «САНАТОРИЙ «АВРОРА»

Клементьев А.А., Мельник Е.А. (+7(862)265-8120)

Филиал «Санаторий «Аврора» ФГБУ «Санаторно-курортный комплекс «Сочинский» МО РФ, Сочи

Медико-психологическая реабилитация представляет собой комплекс медицинских и психологических мероприятий, направленных на восстановление и коррекцию возникших психофизиологических нарушений у пациентов с признаками утомления и переутомления. У пациентов с синдромом хронической усталости, развивающимся на фоне выраженного утомления и переутомления, нередко развивается мышечная астения, приводящая к мышечно-тоническому синдрому на фоне сопутствующих заболеваний. Для выполнения поставленных задач направлены методы физиотерапевтического лечения, занятия лечебной физкультурой и психотерапевтические тренинги. В санатории «Аврора» предложено применение ударно-волновой терапии (УВТ). Под действием ударной волны в тканях с повышенной плотностью возникают разрывы связей микроструктурных компонентов биологических тканей и изменение их биологических свойств, которые усиливаются при наличии в проводящих тканях молекулярных кластеров воды за счет ее вскипания (кавитации). Кавитационные явления приводят к ослаблению болевых ощущений, активации репаративной регенерации поврежденных структур и иммунных процессов, снижению головной боли напряжения, проявлений нейропатии и уменьшению панических атак, снятию синдрома хронической усталости. Критериями оценки эффективности предлагаемой технологии служила балльная оценка признаков, характеризующих заболевание. Наряду с базисной физиотерапией и ЛФК всем пациентам предлагается проведение курса УВТ. Больные были разделены на две группы. Группу наблюдения составили 14 человек, у которых наряду с базисной терапией использовали процедуры УВТ. В группе сравнения — 14 человек, у которых проводили только физиотерапевтическое лечение. В процессе медицинского наблюдения установлено: выраженность болевого синдрома по 10-балльной визуальной аналоговой шкале уменьшилась в среднем на 85% по сравнению с группой наблюдения, значительно увеличилась амплитуда движения за счет уменьшения мышечного тонуса, вызванного болевым синдромом. У пациентов контрольной группы сохранялся длительный положительный эффект от лечения в течение 3—6 мес.

Вывод. Учитывая эффективность метода УВТ при лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний и других патологических состояний, пред-

лагается включать УВТ в индивидуальные программы медико-психологической реабилитации.

* * *

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИАЛЬНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ В СОЧЕТАНИИ С ПЛАНТАРНЫМ ФАСЦИТОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Княжище А.Н. (skk_sochinsky_med@mil.ru; +7(8662)297-9202)

Филиал «Санаторий «Сочинский» ФГБУ «Санаторно-курортный комплекс «Сочинский» МО РФ, Сочи

За последнее время отмечено увеличение количества пациентов с проявлениями болевого синдрома в пяточной области, вызванного воспалительными изменениями плантарной фасции и формированием экзостоза пяточной кости — «пяточной шпоры» с различными пусковыми механизмами развития (травмы, врожденное (или приобретенное) укорочение одной из нижних конечностей, подъем и переноска тяжестей с несимметрично распределенной нагрузкой на нижние конечности, ношение обуви с высоким каблуком). Морфофункциональным субстратом болевого синдрома (БС) является формирование под действием того или иного этиологического (травмирующего) фактора очагов воспаления в местах прикрепления плантарной фасции. Что в последующем при длительном существовании может привести к формированию пяточного экзостоза — «пяточной шпоры» и, как следствие, снижению качества жизни пациента, выражающемуся возникновением «стартовых» болей (возникающих при начале движения) в пяточных областях, изменению походки (прихрамывание), ограничению двигательной активности.

Цель исследования — изучить эффективность радиальной ударно-волновой терапии (РУВТ) в комплексном лечении экзостоза пяточной кости — «пяточной шпоры» в сочетании с плантарным фасцитом.

Материал и методы. Были обследованы и пролечены 43 пациента (средний возраст составил 55,6±3,2 года, среди них было 17 мужчин и 26 женщин). Критериями включения в исследование являлось наличие следующих симптомов: выраженный БС в пяточной области, наличие экзостоза пяточной кости — «пяточной шпоры» подтвержденного рентгенологически. Для оценки степени выраженности БС использовался индикатор боли F-meter с диапазоном считываемых данных от 0 до 99 (1 единица приравнивается надавливанию веса, примерно приравненному 0,2 кг). Оценивалась симметричность движений при походке. Функциональные диагностические пробы и оценка степени БС проводились до и после курса комплекса РУВТ. Для лечения использовались методики РУВТ на аппарате SHOCKMASTER500: статическая с использованием основной терапевтической головки d 15 мм (давление от 2,5 до 4,0 бар, частота — 8; 10; 12 Гц, 2400 имп. на точку) динамическая с использованием головки D-ACTOR d 20 мм (давление от 2,0 до 2,8 бар, частота — 15; 17 Гц, 1500 имп. на зону).

Результаты. Полное купирование БС с полным восстановлением симметричности походки зафиксировано у 29 (69,3%) пациентов. Значительное снижение болевой импульсации отмечалось у 10 (23,2%) пациентов, величина показаний F-meter увеличилась в среднем на 12±3,5 пунктов по сравнению с исходными величинами 9±4,2, снижение болевой импульсации на 50% от исходных величин отмечалось у 4 (9,3%) пациентов.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности комплексной методики РУВТ в лечении экзостоза пяточной кости — «пяточной шпоры» в сочетании с плантарным фасцитом. Отмечена четкая корреляция между результативностью лечебной программы и длительностью существования болевого синдрома до начала лечения.

* * *

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ТРЕНАЖЕРА «TERRA-LAIF RT-300» У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ИРКУТСКОМ КУРОРТЕ «АНГАРА»

Князюк О.О.[1], Козлов А.В.[1], Абрамович С.Г.[2]

[1]АО «Клинический курорт Ангара», Иркутск; [2]ИГМАПО — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск

Цель исследования — оценка эффективности реабилитации пациентов с ишемическим инсультом с использованием аппарата TERRA-laif RT-300.

Под наблюдением находились 65 больных, которые проходили 2-й этап реабилитации в неврологическом отделении курорта «Ангара». Из них 36 женщин и 29 мужчин, возраст — от 40 до 69 лет (средний возраст 54,4±3,9 года). Пациенты приступали к реабилитации в среднем через 17,4±2,64 дня начала заболевания. Обследовано две группы: в 1-ю группу (сравнения) вошли 25 больных, которые получали базовый комплекс лечения, включающий лечебную физкультуру, низкочастотную магнитотерапию, «сухие» углекислые ванны, массаж и иглорефлексотерапию. Во 2-ю группу были включены 40 больных, которые получали базовый комплекс лечения в комплексе с тренировкой верхних и нижних конечностей на реабилитационном тренажере TERRA-laif RT-300. Достоверных отличий по возрасту, полу и клиническим проявлениям заболевания у представителей анализируемых групп обнаружено не было. Результаты лечения оценивали по шкалам

NIHSS, Рэнкина (ШР), реабилитационной маршрутизации (ШРМ) и индексу мобильности Ривермид (ИМР). В результате комплексной реабилитации у пациентов 2-й группы удалось получить более выраженную динамику выраженности неврологической симптоматики (двигательных функций, речи, походки, увеличение силы паретичных конечностей, уменьшение болей и чувствительных расстройств, уменьшение тревожности и раздражительности, улучшение сна, улучшение памяти) и положительной оценки своего состояния самим пациентом. Об этом свидетельствовало у данных пациентов уменьшение шкал NIHSS с 2,97±1,35 до 1,79±0,95 балла (p=0,001), ШР с 2,79±1,31 до 1,72±0,88 балла (p=0,004) и ШРМ с 3,2±2,12 до 2,17±1,27 балла (p=0,009). Наряду с этим отмечено возрастание ИМР с 8,85±2,83 до 13,61±3,82 балла (p=0,002). У представителей 1-й группы эффективность реабилитации на курорте оказалась менее значимой — достоверные различия показателей в динамике лечения были отмечены только при анализе ШРМ (с 3,2±2,01 до 2,45±1,47 балла; p=0,007). Таким образом, применение активной и пассивной тренировки верхних и нижних конечностей на реабилитационном тренажере TERRA-laif RT-300 эффективно у постинсультных больных на 2-м этапе реабилитации, способствует регрессу спастических синдромов, предотвращает или замедляет атрофию при адинамии, улучшает местное кровообращение, сохраняет и увеличивает подвижность суставов.

* * *

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО НОВЫМ ТРЕБОВАНИЯМ В ФГБУ ДС «ВАСИЛЬЕВСКОЕ» МИНЗДРАВА РОССИИ

Ковальчук Л.В., Ильина С.В.

ФГБУ «Детский санаторий «Васильевское» Минздрава России, Московская область

Система контроля качества в учреждении существовала много лет и менялась в соответствии с нормативными документами, так как отсутствие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации является грубым нарушением лицензионных требований.

В 2018 г. был проведен внутренний аудит в соответствии с Практическими рекомендациями Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по 8 разделам из 10 рекомендуемых (исключена хирургическая безопасность и переливание донорской крови и ее компонентов). По результатам аудита составлен план корректирующих мероприятий по каждому разделу.

В 2019 г. система Внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности санатория организована в соответствии с новыми требованиями, которые продолжают логику практических рекомендаций Росздравнадзора. При сохранении трехуровневой системы контроля появилась новая структура — Служба по качеству, которая является функциональным подразделением 2-го уровня и формируется группой собственных специалистов, в том числе и среднего медицинского персонала. Служба осуществляет оценку по чек-листам и мониторинг по критериям для санаторно-курортного учреждения. Также разрабатывает и осуществляет мероприятия по результатам внутреннего контроля, формирует рабочие группы для разработки стандартов, критериев КМП, СОПов, регламентов, осуществляет информирование персонала и других сотрудников медицинской организации о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности.

Первый уровень контроля остается у заведующих отделениями, кабинетами. Третий — у врачебной комиссии, в том числе оценка соблюдения стандартов и клинических рекомендаций по критериям в соответствии с приказом МЗ РФ от 10.05.17 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

При проведении контроля используются: медицинская документация, результаты анкетирования и устных опросов пациентов, персонала, прямое наблюдение за процессами медицинской деятельности.

Новая система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности направлена на повышение качества путем внедрения стандартизации всех процессов и позволяет максимально привлекать персонал учреждения для участия в этой работе.

* * *

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПРИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВИТАМИНИЗАЦИИ

Коданева Л.Н. (kodaneva61@mail.ru; +7(926)231-5543), Кетлерова Е.С. (ev.ket@mail.ru; +7(901)761-2949)

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», ФГАОУ ВО «Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма», Москва

В результате воздействия многих негативных факторов отмечается тенденция к повышению заболеваемости студентов. Наблюдения ряда ученых свидетельствуют, что только от болезней простудного характера величина потерь учебного времени у

студентов составляет почти 70% от всех потерь, связанных с заболеваниями.

Согласно научным данным, целенаправленное использование различных пищевых добавок в виде комплексов витаминов, макро- и микроэлементов нормализует метаболические процессы в организме, обеспечивает адекватную адаптацию к окружающей среде. Занимая основные позиции в клеточном и тканевом метаболизме, эти фармакологические препараты оказывают большое влияние на многие жизненные функции организма человека. Особый интерес в связи с этим представляют современные витаминно-минеральные комплексные препараты.

Цель исследования — изучить влияние дополнительной витаминизации на здоровье студентов специальной медицинской группы.

Материал и методы. На базе Российского университета дружбы народов были сформированы две группы: контрольная и экспериментальная по 15 человек в каждой. Группы формировались из студентов специального медицинского отделения с учетом состояния здоровья, возраста и пола. Занятия физической культурой, условия проживания и обучения в обеих группах были идентичны. Отличие состояло в том, что в экспериментальной группе студенты курсами принимали витаминно-минеральный комплекс «Супрадин». Предполагалось, что дополнительная витаминизация позволит снизить простудную заболеваемость студентов. Исследование проводилось в течение учебного года.

Для оценки уровня здоровья использовали пять морфофункциональных индексов: Кетле, Робинсона, Скибинского, Шаповаловой, Руфье. Уровень простудной заболеваемости изучался методом опроса (анкетирования). Проверка однородности групп показала отсутствие статистически значимых различий между средними исходными показателями.

Результаты. Полученные в начале исследования данные показали, что большинство студентов — 73,3%, принявших участие в нашем исследовании, имели уровень физического здоровья ниже среднего, 26,7% — низкий уровень здоровья.

В результате проведенного исследования установлено, что в экспериментальной группе уровень здоровья повысился на 43,0%, в контрольной — на 10,95%. Согласно современным представлениям, возросшие возможности аэробного энергообеспечения позволяют говорить об увеличении индивидуального здоровья. Кроме того, аэробный энергопотенциал может служить основой устойчивости организма к изменяющимся условиям внешней среды.

В экспериментальной группе значительно уменьшилось количество студентов имеющих уровень здоровья низкий и ниже среднего по сравнению с контрольной группой.

В процессе исследования у студентов экспериментальной группы не было отмечено ни одного случая возникновения простудного заболевания, в контрольной группе простудные заболевания определялись у каждого пятого студента.

Вывод. Анализ проведенного исследования позволяет утверждать, что обогащение рациона витаминно-минеральным комплексом «Супрадин» способствует улучшению здоровья студентов, выразившемуся в ускорении адаптации к физическим нагрузкам и повышении устойчивости организма к неблагоприятным факторам внешней среды.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛЯРИЗОВАННЫМ СВЕТОМ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Конова О.М. (konova@nczd.ru; +7(499)134-0156), Давыдова И.В. (davydova@nczd.ru)

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

Поиск новых эффективных немедикаментозных факторов щадящего воздействия в комплексном лечении детей с бронхолегочной дисплазией (БЛД) актуален, учитывая возрастные особенности данного контингента больных и хронический характер заболевания.

С целью определения целесообразности включения и эффективности применения полихроматического некогерентного поляризованного света (ПС) в комплексной терапии пациентов первого года жизни с БЛД он был включен в лечение 42 таких больных; 14 детей с диагнозом БЛД, получавшие только медикаментозную терапию, составили группу сравнения (без ПС). Локализация воздействия ПС — область проекции корней легких, преимущественно межлопаточная область, экспозиция от 3 до 5 мин, курс составил 8—10 процедур. Эффективность определялась на основе динамики клинических симптомов; состояния механизмов адаптации, уровня резервных возможностей организма на основе определения типа неспецифических адаптационных реакций организма (НАРО) и уровней реактивности (УР) по лейкоцитарной формуле крови по Л.Х. Гаркави (1998) до и после курса лечения.

До лечения выявлено значительное перенапряжение механизмов адаптации у 32,1% пациентов, о чем свидетельствовало наличие у них реакции переактивации, при этом у 38,9% из них — на низком уровне реактивности. Антистрессорные реакции определялись у 66,1% пациентов, однако у большинства — на низком (18,9%) и среднем (51,4%) уровнях реактивности, что говорило о снижении у них резервных возможностей организма. После лечения у детей обеих групп отмечалась положительная динамика клинических симптомов; у получавших ПС перестройка неспецифических адаптаци-

онных реакций характеризовалась увеличением количества пациентов с антистрессорными реакциями (с 57,1 до 80,9%), число пациентов с низким уровнем реактивности сократилось почти в 3 раза. В группе сравнения к концу периода наблюдения произошло снижение почти в 2 раза числа пациентов с антистрессорными реакциями и в 1,8 раза увеличилось количество детей с низким уровнем реактивности. Неблагоприятные сдвиги со стороны адаптационных реакций и уровней реактивности в группе сравнения в сочетании в целом с положительной динамикой клинико-лабораторных данных объясняются, возможно, перенапряжением механизмов адаптации на фоне проводимой в короткие сроки поликомпонентной терапии.

Таким образом, ПС, включенный в комплексную терапию пациентов с БЛД, не только способствует благоприятной динамике клинических симптомов, но и повышает адаптационные резервы организма больного ребенка.

* * *

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С МУКОПОЛИСАХАРИДОЗАМИ

Конова О.М. (konova@nczd.ru; +7(499)134-0156), Петельгузова Т.Г., Кузенкова Л.М.

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

Высокие технологии современной диагностики, терапии повысили выживаемость пациентов с редкими (орфанными) болезнями, в частности с мукополисахаридозами, что определило актуальность разработки подходов к комплексному ведению таких больных с участием специалистов по физиотерапии, кинезитерапии, психологов и логопедов. Необходимость такого подхода определяется полиорганностью болезни.

Для оценки эффективности и безопасности включенных физиотерапевтических воздействий использовались как общепринятые клинико-диагностические методы, так и дополнительное обследование, включавшее определение состояния механизмов адаптации, уровня резервных возможностей организма на основе определения типа неспецифических адаптационных реакций организма (НАРО) и уровней реактивности (УР) по лейкоцитарной формуле крови в соответствии с рекомендациями Л.Х. Гаркави и соавт. (1998) до и после курса лечения.

Под наблюдением были 50 детей с мукополисахаридозами II, III и IV типов от 3 до 17 лет. У всех больных отмечались нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата: нарушения походки, различные деформации, тугоподвижность (с формированием контрактур) в суставах конечностей, позвоночника. Нарушения со стороны внутренних органов проявлялись в виде пороков сердечных клапанов у 14 пациентов, кардиомиопатии — у 4, хронического бронхита — у 24, хронической патологии ЛОР-органов — у 34. У всех детей в анамнезе отмечались частые ОРИ с затяжным течением. При оценке уровня резервных возможностей организма у 40,0% пациентов с антистрессорными типами адаптационных реакций был выявлен низкий уровень реактивности, т.е. признаки перенапряжения адаптационных механизмов, для остальных было характерно значительное перенапряжение неспецифических механизмов адаптации, с исходом в реакции переактивации и стресса низких уровней реактивности.

Комплекс немедикаментозной терапии назначался после всестороннего углубленного обследования, начала курса требуемой фармакотерапии. Энтеральная оксигенотерапия применялась у всех детей, остальные физические факторы подбирались индивидуально, по принципу синергизма в зависимости от выявленных симптомов у каждого конкретного ребенка, воздействовали на различные патогенетические звенья. В среднем курс продолжался 2—3 нед, и использовалось 3—4 фактора.

В результате комплексной терапии у всех пациентов отмечались благоприятные сдвиги: со стороны опорно-двигательного аппарата в виде уменьшения степени выраженности контрактур, расширения двигательной активности, коррекции координации, обезболивания, улучшения гониометрических показателей; со стороны органов дыхания — улучшения показателей функции внешнего дыхания, отхождения мокроты; в катамнезе — снижение частоты эпизодов ОРИ. Интересным наблюдением был анализ перестройки неспецифических адаптационных реакций, которая характеризовалась незначительным увеличением количества пациентов с антистрессорными реакциями, однако значительно снизилось количество пациентов, у которых адаптационные реакции развивались на низком уровне реактивности, их осталось всего 8%.

Таким образом, индивидуальный подбор комплекса современных немедикаментозных технологий, воздействующих на различные патогенетические звенья болезни, позволяет получить выраженную положительную динамику со стороны ряда клинических проявлений мукополисахаридоза у детей, не вызывая неблагоприятных реакций и срыва адаптационных возможностей.

* * *

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Кончугова Т.В. (umc-rnc@mail.ru; +7(916)583-9719), Кульчицкая Д.Б. (deti_ku@mail.ru; +7(916)338-0109, Кияткин В.А. (va_k53@mail.ru; +7(916)562-3306)

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

Одним из направлений современных научных исследований в области физиотерапии стала разработка и продвижение инновационных доказательных методов, в частности ударно-волновой терапии (УВТ). В настоящее время имеются достаточно веские основания для применения его у андрологических пациентов. В основе механизма действия этого физического фактора лежит влияние мощных акустических импульсов на процессы неоангиогенеза, регенерации, склерозирования, что обосновывает разработку новой технологии для лечения пациентов с эректильной дисфункцией.

Под наблюдением на амбулаторном лечении в ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России находились 20 пациентов с васкулогенной формой эректильной дисфункции, средний возраст пациентов — 57,5±8,3 года, длительность заболевания составляла 3,1±0,8 года. Пациентам проводили УВТ 2 раза в неделю, на курс 6 процедур.

За время лечения у наблюдавшихся пациентов отмечено появление спонтанных утренних и ночных эрекций. В результате проведенного курса УВТ суммарный балл по опроснику МИЭФ-5 увеличился на 35,7% ($p<0,05$). Увеличение качества твердости эрекции по шкале Голдштейна после окончания УВТ отмечено на 34%. Была выявлена тенденция к увеличению васкулоэндогенного фактора роста, что может свидетельствовать о стимуляции процесса неоангиогенеза в тканях полового члена.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что УВТ у пациентов с ЭД оказывает корригирующее действие на систему микрогемодинамики, что проявляется улучшением тонуса артериальных сосудов и устранением венозного застоя по данным лазерной допплеровской флоуметрии. Наблюдаемое снижение изначально увеличенного миогенного тонуса артериол свидетельствует о вазодилятации прекапилляров, увеличении числа функционирующих капилляров, а также о приросте нутритивного кровотока. В результате проведенной терапии у пациентов 1-й группы улучшение отмечено у 15 (75,0%), без перемен — у 5 (25,0%), ухудшение — не выявлено.

* * *

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кончугова Т.В. (umc-rnc@mail.ru; +7(916)583-9719), Кульчицкая Д.Б. (deti_ku@mail.ru; +7(916)338-0109)

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

В настоящее время общепризнано, что низкоэнергетическое лазерное излучение даже при небольшой интенсивности воздействия оказывает выраженное биостимулирующее действие на клеточном, тканевом и организменном уровнях. Одним из путей оптимизации лазеротерапии представляется использование частотно-модулированных импульсных режимов лазерного излучения. Так, установлено, что лазерная терапия в режиме постоянно меняющейся частоты, при которой частота следования лазерных импульсов автоматически меняется от 10 до 1500 Гц, позволяет получить более выраженный терапевтический эффект по сравнению с лазерным воздействием в режиме фиксированной частоты при лечении целого ряда заболеваний.

В последние годы проведено большое количество научных исследований по обоснованию метода надсосудистого лазерного облучения крови (НЛОК), обладающего выраженными иммунокорригирующим, антиоксидантным, регенеративным эффектами. Так, для реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, были разработаны методики НЛОК в инфракрасном диапазоне длин волн. Представляется весьма важным вопрос комплексирования лазерного излучения с другими физическими факторами. Так, проведено большое количество научных исследований по применению магнитолазеротерапии, вакуум-лазеротерапии. Одним из перспективных сочетанных методов является лазерофорез — сочетанное воздействие лекарственных веществ и лазерного излучения. В настоящее время лазерофорез успешно применяется при различных заболеваниях воспалительного и дистрофического характера.

Заслуживают также внимания, проведенные в последние годы исследования по успешному применению в клинической практике высокоэнергетического лазерного излучения, так называемой хилтерапии. В частности, было показано выраженное раннее обезболивающее действие данного нового метода лазерной терапии, что делает перспективным его применение с целью реабилитации пациентов неврологического и ортопедического профиля.

* * *

ДИНАМИКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Корвякова О.П., Коснырева Е.Н., Кулишова Т.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул; АО «Курорт Белокуриха», санаторий «Белокуриха», Россия

Проблема приверженности больного к лечению в последние годы особенно актуальна и признана одной из самых серьезных и распространенных в медицинской практике.

Цель исследования — оценить приверженность лечению у больных артериальной гипертонией (АГ) на фоне образовательных программ в условиях санатория.

Под наблюдением находились 62 пациента с АГ I—II степени, из них 18 мужчин и 44 женщины, средний возраст 56,8±3,5 года, получивших 21-дневный курс санаторного лечения. Все пациенты были разделены на две рандомизированные группы: основная группа (30 человек), которым осуществлялось базовое лечение: диетотерапия, массаж воротниковой зоны по Мошкову, азотно-кремнистые слаборадоновые ванны, ЛФК, терренкур, общая магнитотерапия, медикаментозная гипотензивная терапия и дополнительно образовательный курс в школе «Артериальная гипертония»; пациентам группы сравнения (32 человека) проводилась только базовая терапия. Всем исследуемым было проведено тестирование по опроснику количественной оценки потенциальной приверженности к лечению («КОП-25») в начале, в конце санаторного лечения и в катамнезе через 6 мес.

Исходно у всех наблюдаемых нами пациентов общая приверженность к лечению составила 56,3%, приверженность к медикаментозному лечению 54,7%, приверженность модификации образа жизни 49,1%. Причем общая приверженность лечению у женщин была достоверно выше, чем у мужчин: 66,7 и 46,2% ($p<0,05$) соответственно. Оказалось, что как для мужчин, так и для женщин сложность вызывает приверженность модификации образа жизни, показатель менее 50% является низким. Образовательные занятия в школе «Артериальная гипертония» в условиях санатория делают акцент именно на приверженность образу жизни и общую приверженность лечению. У пациентов курорта широкий спектр возможностей для положительных изменений отношения к своему здоровью: соблюдение режима сна и отдыха, лечебное питание, психологические разгрузки, занятия лечебной физкультурой, отказ от вредных привычек. К концу курса лечения у пациентов основной группы общая приверженность к лечению составила 70,5% ($p<0,05$), приверженность медикаментозному лечению 68,4% ($p<0,05$), модификации здорового образа жизни 75,2% ($p<0,05$), в группе сравнения — 59,8% ($p<0,05$), 61,3% ($p<0,05$), 67,8% ($p<0,05$) соответственно. В катамнезе через 6 мес общая приверженность лечению в основной группе соответствовала 66,7%, приверженность медикаментозному лечению — 64,5%, приверженность модификации образа жизни — 68,2%, в группе сравнения показатели снизились до исходных уровней до лечения.

Таким образом, занятия пациентов с АГ I—II степени в школе здоровья «Артериальная гипертония» на санаторном этапе повышают непосредственную и отдаленную в катамнезе 6 мес приверженность лечению.

* * *

ПЕЛОИД НА ОСНОВЕ ГИДРОЗОЛЯ АКТИВИРОВАННОГО ТОРФА

Косолапова Н.И.[1], Мирошниченко О.В.[1], Володина О.В.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Курский государственный университет» (КГУ), Курск; [2]ООО ТПК «КАВИТА» (ООО ТПК «КАВИТА»), Москва

Торфа традиционно используются как источник биологически активных веществ в бальнеотерапии (ванны) и пелоидотерапии (грязелечении). В последние годы оформился тренд на дополнительную активацию компонентов лечебных грязей для усиления их фармакотерапевтических свойств. В ООО ТПК «КАВИТА» разработан способ ультразвуковой кавитационной обработки природного сырья при высоком статическом давлении, позволяющий проводить активацию торфа в водной среде с образованием черно-коричневого гидрозоля [1]. Исследования образцов гидрозоля торфа при помощи растрового электронного микроскопа FEIQuanta 650 FEG показали, что дисперсная фаза золя представлена наноразмерными частицами, которые склонны к агломерации с образованием аморфных структур, размер которых лежит в микрометровом диапазоне. Происходящая при обработке дезагрегация торфяного комплекса, уменьшение молекулярной массы веществ входящих в него, возрастание числа функциональных групп, ответственных за фармакологические свойства компонентов позволяет получать препараты с высокой биологической активностью.

Была проведена оценка степени активации гуминовых веществ торфяного комплекса за счет увеличения способности гуминовых и фульвокислот (ГФК), переходить в состав грязевого раствора при диспергировании. Для этого были взяты образцы гидрозоля активированного торфа и образцы, полученные механическим смешиванием сырьевого торфа с водой в соотношении необходимом для достижения влажности соответствующей влажности вышеописанного препарата. В указанных образцах было определено содержание водоизвлекаемых гуминовых компонентов при помощи модифициро-

ванной методики Н.Н. Бамбалова, Т.Я. Беленькой [2], с подтверждением их принадлежности к группе ГФК методами ИК- и УФ-спектроскопии.

Показано, что ультразвуковая кавитационная диспергация не значительно влияет на выход водорастворимых фульвокислот, при этом позволяет увеличить выход практически нерастворимых гуминовых кислот в состав грязевого раствора более чем в 18,5 раза.

Литература

1. Смородько А.В., Володина О.В. *Способ получения биогеля и биогель.* Патент 2533235 РФ. №2013130206/15, заявл. 03.07.13, опубл. 20.11.14, Бюл. №32. 6 с.
2. Дементьева Т.В., Богданова О.Ю., Шинкеева Н.А. *Физико-химия и биология торфа.* Руководство по методам изучения трансформации органического вещества торфов. Методическое пособие. Томск: Томский ЦНТИ; 2011.

* * *

ФЕНОМЕН «ГОРЯ» В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Котельникова А.В. (pav-kotelnikov@ya.ru; +7(916)592-6480), Кукшина А.А. (kukshina@list.ru), Гозулов А.С. (agozulov@mail.ru), Рассулова М.А. (drrassulovama@yandex.ru)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Мозговая катастрофа, инсульт, кардинально меняет картину мира человека и всей его семьи. Психологические реакции родственников на произошедшее характеризуются различными вариантами тревожного реагирования, располагающимися в континууме «гиперопека — делегирование ответственности специалистам». Есть данные, что ухаживающие за пациентом лица находятся в большей депрессии, чем сам пациент, что приводит к затруднениям в обеспечении необходимого комплекса в отношении выполнения больным лечебных и профилактических рекомендаций.

Наиболее полно психоэмоциональные последствия переживания известия о тяжелом заболевании родственника описывает феномен «горевания». Психолог, консультирующий родственников в состоянии острого горя, сталкивается с фиксацией на одной из стадий горевания как психического процесса, развивающегося по определенным законам: от шока и отрицания — к гневу и обвинениям, далее — к торгу, депрессии и принятию реальности.

На первой стадии формируются тревожные гиперопекающие паттерны поведения по отношению к больному. Необходимо понимать, что на острейшем, остром и подостром периоде такая тактика вполне допустима, но при взаимодействии с восстанавливающимся больным — губительна, так как снижает его собственную активность и мотивацию. Также у родственников проявляется реакция отрицания в виде гипонозогнозии: они настаивают на интенсификации мероприятий по реабилитации без учета истощаемости больного или идеализируют перспективы восстановления и отказываются от лекарственной терапии, считая ее чрезмерной и даже вредной.

На обвинительной стадии горевания у родственников больного наблюдаются внешнеобвинительные реакции: претензии к качеству лечения, сотрудникам скорой помощи, оперировавшему хирургу, лечащему врачу, персоналу стационара. Психологом указанная проблема может быть проработана посредством информационно-разъяснительной работы по пояснению этиологии заболевания и организации вторичной профилактики постинсультных сосудистых нарушений, а также деонтологическому консультирования врачей. Если ответственность за заболевание возлагается родственниками на самого больного, психологу-консультанту приходится сталкиваться с проблемой недостаточно полного понимания окружением его эмоционального состояния: поведенческие реакции больного родственники обычно путают с последствиями заболевания. При таких обстоятельствах у них возникают гнев и ярость, которые они пытаются подавлять или отрицать, испытывая в то же время вину и стыд за свои чувства.

Таким образом, основными психологическими мишенями в работе с родственниками больных, перенесших инсульт, являются неполное понимание членами семьи особенностей личности и эмоционального состояния больного, недостаточная адаптация психоэмоционального состояния ухаживающих родственников, проблемы с эмоциональной саморегуляцией и выбором оптимальных адекватных поведенческих стратегий при взаимодействии с больным, коррекция межличностных, в том числе детско-родительских, отношений в связи с изменением внутрисемейной ситуации.

* * *

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Котельникова А.В. (pav-kotelnikov@ya.ru; +7(916)592-6480), Кукшина А.А. (kukshina@list.ru), Турова Е.А. (aturova55@gmail.com)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Инсульт является событием высокого уровня стрессогенности не только для самого больного, но и для его семьи. Необходимость организации психо-

логического сопровождения семьи больного ставит вопрос об определении основных проблемных зон работы медицинского психолога.

Цель исследования — оценка выраженности признаков посттравматического стресса (ПТС) у родственников больных, перенесших инсульт.

Проанализированы результаты работы с 31 семьей больных с острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе, проходящих восстановительное лечение в филиале №3 МНПЦ МР ВСМ. Возраст составил 44,3±9,3 года, среди них было 20 (64,5%) женщин, 11 (35,5%) мужчин. Наличие признаков ПТС оценивалось с помощью опросника «Шкала оценки влияния травматического события», включавшего в себя количественную оценку симптомов «вторжения» («флеш-бэк»), «избегания», «физиологического возбуждения». Выявлено достоверное ($p \leqslant 0{,}05$) превышение средних значений выраженности всех признаков и общего уровня ПТС у обследованных респондентов по сравнению с нормативными данными почти в 2 раза, что дает возможность сопоставления эмоционального состояния указанной выборки с имеющимися в литературе описаниями контингентов с психотравмой в анамнезе. Анализ структуры исследуемого синдрома показал, что ведущими симптомами ПТС у обследованных родственников являются «вторжение» и «избегание». Симптомы «вторжения»: травматическое событие переживается в виде тяжелых снов об обстоятельствах произошедшего, ночных кошмаров, возникает ощущение возможности повторения травматического события, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды («флэшбэк»-эффекты). В ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют различные аспекты произошедшего, наблюдается повышенная психо-физиологическая реактивность. Избегающее поведение, развившееся как отсроченное последствие перенесенного эмоционального потрясения, также причиняет серьезные неудобства родственникам больного и всей семье: возникают серьезные ограничения функционирования всей семейной системы, у больного при этом возникает ощущение отстраненности или отделенности от остальных людей и чувство отсутствия перспективы в будущем. Постоянные симптомы возрастающего физиологического возбуждения, которые не наблюдались ранее у родственников больного, проявляются в виде трудностей с засыпанием, нарушений ночного сна, ранних пробуждений, затруднений с сосредоточением, постоянного ожидания повторения ситуации, настороженности и гипербдительности, связанных с изменившейся жизненной ситуацией, конфликтами с родственниками на предмет разграничения зон ответственности в осуществлении ухода за больным.

Таким образом, выявленный в ходе проведенного исследования высокий уровень выраженности признаков посттравматического стресса у родственников больных, перенесших ОНМК, позволяет оценить данный контингент, как травматический, определить конкретные мишени коррекционной работы медицинского психолога и обеспечить дифференцированный подход к организации психологического сопровождения больного на этапе восстановительного лечения.

* * *

ВЛИЯНИЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА КАРТИНУ КРАСНОЙ И БЕЛОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ТАБАКОКУРЕНИЕМ

Кошелев А.И., Трушина Н.Ю. (+7(862)265-8120)

Филиал «Санаторий «Аврора» ФГБУ «Санаторно-курортный комплекс «Сочинский» МО РФ, Сочи

Кроветворная ткань представляет собой динамическую, постоянно обновляющуюся систему, механизмы регуляции которой действуют по принципу обратной связи. Поэтому аурикуло-иглорефлексотерапевтическое воздействие приводит к изменениям в кроветворной системе.

Мы рассматриваем 3 основных типа кровяных клеток: лейкоциты, эритроциты и тромбоциты.

Цель исследования — проследить, как влияет аурикуло-иглорефлексотерапия на состав белой и красной крови, а также тромбоциты при табакокурении. Всего были обследован 21 человек с диагнозом: длительное табакокурение. Процедуры иглорефлексотерапии проводились 3 раза в неделю, в среднем — 5 процедур на курс. Кровь исследовалась до воздействия и спустя 2—7 дней после последнего воздействия, а также до других физиотерапевтических процедур. Подсчет клеток красной и белой крови, а также тромбоцитов проводился на гематологическом анализаторе фирмы «Medonic».

После анализа проведенных исследований картины крови мы выявили закономерность у всех пациентов:

1. Увеличилось количество эритроцитов, в среднем на 0,2—1,54 ед.

2. Увеличилось количество гемоглобина, в среднем на 2—11 ед., а у одного пациента даже на 17 ед.

3. Увеличилось количество тромбоцитов, в среднем на 10—22 ед., у пациентов с исходно нижним уровнем нормы тромбоцитов.

4. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) вначале повышалась, а к концу цикла процедур СОЭ приходило в норму.

5. Количество лейкоцитов вначале повышалось, затем приходило к исходному уровню.

6. В формуле белой крови происходят следующие изменения:

а) количество эозинофилов повышалось с 1 до 5 (и то и другое — норма);

б) количество палочкоядерных нейтрофилов повышалось с 1 до 6, затем приходило в норму;

в) количество лимфоцитов сначала снижалось, затем повышалось до нормы;

г) количество моноцитов сначала снижалось, затем возвращалось к первоначальному уровню.

7. Интересным является то, что после 1—2 процедур почти у всех пациентов появлялись плазматические клетки: 1—2 плазматические клетки/на 100 клеток, что прямо говорит о стимуляции клеточного и гуморального иммунитета пациента.

Всякая длительная зависимость: алкогольная, наркотическая или табачная ведет к изменению биохимии клетки. Человек не только психически привязывается к пагубной привычке, но и все процессы в клетке, после нескольких лет зависимости, уже не могут идти без стимуляции этими веществами. Одним клеткам не хватает энергии, другие, наоборот, работают с переизбытком энергии.

Таким образом, иглорефлексотерапия ведет к нормализации энергообменных, а так же, как мы показали, и морфологических процессов в кровяной клетке, и организма человека в целом.

* * *

ВОЗМОЖНОСТИ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КУПИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ В УСЛОВИЯХ КУРОРТА

Кошеева Е.А., Соколова Р.Р.

Санаторий «Россия» — НКФ ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, Ессентуки

Несмотря на большой опыт тотального эндопротезирования суставов (ТЭС), постоянное совершенствование конструкций, инструментария и методик их имплантации, до настоящего времени у трети оперированных пациентов сохраняется болевой синдром. В связи с нежелательными побочными реакциями фармакотерапии, закономерно встает вопрос о возможном использовании методов иглорефлексотерапии (ИРТ) в купировании хронической боли.

Цель исследования — изучение эффективности иглорефлексотерапии в купировании болевого синдрома у больных после ТЭС в условиях ессентукского курорта.

Нами были пролечены 45 пациентов после ТЭС в позднем реабилитационном периоде, в возрасте от 50 до 65 лет, со стажем заболевания 10±1,2 года. Всем больным проводился неврологический и ортопедический осмотр. Методом рандомизации было выделено две группы: пациенты основной группы (30 человек) получали базисную программу по данной нозологии и 8—10 тридцатиминутных сеансов ИРТ в местные и отдаленные корпоральные и аурикулярные точки с прогреванием местных точек полынными сигарами в течение 2—3 мин; пациентам группы сравнения (15 человек) назначалась базисная программа с медикаментозной терапией в стандартных дозах.

Большинство пациентов в начале курса предъявляли жалобы на боли различного характера и интенсивности в области оперированного сустава. В целом стойкие положительные результаты восстановительного лечения отмечены у 43 (97,5%) из 45 больных. В исследуемой группе одного сеанса ИРТ было достаточно, чтобы 5 (16,7%) пациентов отметили снижение интенсивности боли на 80%, 13 (43,3%) человек отметили, что боль уменьшилась не менее чем в 2 раза. Из них 7 (23,3%) пациентов оценили остаточную боль как 20% от исходной; еще 6 (20%) как 30% от исходной. У 12 (40%) пациентов интенсивность остаточной боли составила от 30 до 40% к 5—6-му сеансу. Во 2-й группе наблюдалось постепенное снижение интенсивности боли в течение курса терапии, полное исчезновение боли отметили 8 (53,3%) пациентов после окончания лечения.

Следовательно, применение ИРТ в комплексной курортной терапии у больных после ТЭС позволяет значительно уменьшить болевой синдром и увеличить повседневную активность пациентов, а также является эффективной альтернативой медикаментозному лечению.

* * *

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕХНОЛОГИЙ ЦЕЛОСТНО-ЛЕЧЕБНОЙ БИОМЕХАНИКИ И ТРЕНИРУЮЩИХ ПОЯСОВ-КОРСЕТОВ, АКТУАЛЬНОСТЬ ИХ ВНЕДРЕНИЯ В ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И ДЛЯ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМИ ПРОЕКТАМИ

Крайнов Г.И.[1] (www.doctor-krainov.ru; +7(985)439-0678, +7(928)852-2981), Вартбаронов Р.А.[2] (vartbaro@yandex.ru; +7(925)379-8635)

[1]ООО «Аксэль», Москва; Санаторий им. Кирова, Ялта, Россия; [2]НИИЦ (АКМ и ВЭ) ЦНИИ ВВС Минобороны России, Москва

Материал и методы. В качестве критериев оздоровительного эффекта, помимо оценки общего самочувствия и динамики субъективных симптомов, применялись: пальпаторная оценка положения печени и почек, измерение окружности талии и отвисшего участка живота пациента, индекс диафрагмального дыхания, состояние тонуса мышц по результатам мышечного тестирования; оценивалось состояние тонуса мышц шеи при пробе Ромберга;

функциональное состояние печени, желудка, левой и правой почки, тонуса мышц пояснично-крестцового отдела, артериального давления (АД); и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

В экспериментальной группе проводилось 2—3- и 3—5-часовых сеанса целостно-лечебной биомеханики (ЦЛБ) и/или 3—5-кратное ношение тренирующих поясов-корсетов (ТПК) по 45—60 мин. В проведенных 3 сериях исследований принимали участие 87 пациентов, включая лиц опасных профессий (в том числе спортсменов, летчиков и отдельных космонавтов) с хроническими неинфекционными заболеваниями внутренних органов и позвоночника. 2-я группа исследуемых составила 57 человек с артериальной гипертонией (АГ) и 3-я группа — 21 человек с учащением ЧСС.

Результаты. В 1-й группе получены достоверные результаты высокой эффективности разработанной технологии в 94—97% наблюдений. При этом реабилитационный эффект сохранялся от 3 мес до нескольких лет. Во 2-й группе (пациенты с повышенным АД) полное восстановление АД с избавлением от лекарств наблюдалось у 47,3%, уменьшение потребности в лекарствах более чем в 2 раза — у 33,3%, улучшение, снижение АД до верхней границы нормы и потребностей в лекарствах — у 10,5%, без изменений — 8,8%. В 3-й группе (пациенты с повышенным ЧСС) полная нормализация — у 71,4%, существенный сдвиг к норме — у 19%, отсутствие результата — у 9,5%.

В ряде серьезных российских и зарубежных исследований показана связь между АД, ЧСС и продолжительностью жизни: снижение АД на 10 мм рт.ст. продляет жизнь на 9%, а снижение учащенных ЧСС на 10 единиц продляет жизнь на 10%. При внедрении нашей оздоровительной технологии можно достигнуть значительного увеличения продолжительности жизни (ориентировочно на 5—7 лет по стране и до 30 лет у отдельных пациентов) с длительным сохранением работоспособности.

Технология прекрасно сочетается с любой физкультурой, тренажерами, физио- и бальнеопроцедурами.

Вывод. Полученные результаты позволят рекомендовать данную технологию для профилактики широкого круга неинфекционных заболеваний у населения, особенно актуально для лиц с напряженной и/или малоподвижной профессиональной деятельностью и спортсменов самого разного уровня и видов спорта. Медицинский центр на производстве, санатории и спа-центры при внедрении данной технологии могут многократно повысить эффективность своих оздоровительных курсов.

* * *

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Кругляк Д.А., Ипатова М.В., Буралкина Н.А., Батырова З.К. (mavlip@yandex.ru)

ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ, Москва

Аплазия влагалища — патология не угрожаемая жизни девочки-подростка, однако вызывает глубокие психолого-социальные проблемы, что связано с необходимостью формирования искусственного влагалища (кольпопоэз). Предложенные в настоящее время методики формирования такого органа единичны, сложны и требуют усовершенствования. Подход к лечению девочек с такой патологией должен быть мультидисциплинарным; с участием детского гинеколога, педиатра и психо- и физиотерапевта.

Цель исследования — провести сравнительный анализ эффективности процедур кольпоэлонгации в сочетании и без применения тепло-магнито-вибромассажа у девочек с аплазией влагалища.

В исследование включены 37 девочек в возрасте от 15—18 лет с аплазией влагалища. Длина влагалищной ямки варьировала от 0,5 до 5,0 см. Соматический анамнез не отличался от сверстниц. С целью объективизации результатов лечения проведен анализ результатов медико-психологического тестирования по опроснику САН и альгометрия (ВАШ) до и после курса лечения. Пациентки рандомизированы в две группы. У пациенток 1-й группы (n=23) проведена стандартная кольпоэлонгация, а у 2-й группы (n=14) девочек — в сочетании с процедурами тепло-магнито-вибромассажа. Кольпоэлонгацию делали ежедневно, по 40 мин, 2 раза в день, курс 30 процедур. У девочек 2-й группы лечения было дополнено воздействием в течение 20 мин на влагалищную ямку тепло-вибро-магнитотерапией, курс лечения составил 15 процедур.

После лечения длина неовлагалища в 1-й и 2-й группах составила 6,4±0,3 и 6,1±0,4 см. При этом результаты были статистически однородны. Но интенсивность боли (по ВАШ) в 1-й группе снизилась с 3,3±0,3 до 2,2±0,2 балла (p<0,001), а коэффициент обезболивающего действия (КОД) составил 0,33±0,01 и соответствовал «слабому» болеутолению. Во 2-й группе пациенток с физиотерапией, уровень интенсивности боли снизился (p<0,05) с 3,7±0,6 до 2,0± 0,3 балла при КОД в 0,46±0,01 и соответствовал умеренному болеутолению.

Результаты тестирования свидетельствовали об улучшении психоэмоционального состояния всех девочек и правомочности проводимого лечения в обоих случаях. На это указывали повышение оценки в позициях «самочувствие» и «активность» до среднего показателя 4 балла, что явилось благоприятным фактом и допустимо у здоровых подростков. Однако при тестировании только пациенток 2-й

группы отмечено повышение показателя в позиции «настроение» до нормы (5,00±0,09 балла), что свидетельствовало о мотивированном устойчивом психоэмоциональном состоянии девочек.

Следовательно, кольпоэлонгация и тепло-магнито-вибротерапия у девочек с аплазией влагалища являются клинически эффективными методами лечения. При этом сочетание этих процедур наиболее значимо вследствие более выраженного болеутоляющего эффекта, что делает патогенетически обоснованным применение физиопроцедур в комплексном лечении.

* * *

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВТОРОГО ЭТАПА В ФИЛИАЛЕ «КЛИНИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ «ВОЛГА» ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ КОМПЛЕКС «ПРИВОЛЖСКИЙ» МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Крупнов М.Г. (skk@svolga.ru; +7(917)111-1945)

ФГБУ «Санаторно-курортный комплекс «Приволжский» Министерство обороны Российской Федерации, Самара

Изложена организация медицинской реабилитации больных в филиале «Клинический санаторий «Волга» согласно существующей нормативно-правовой документации Министерства здравоохранения и Министерства обороны, а также актуальность ее развития.

Дана характеристика и этапность ее организации в условиях филиала «Клинический санаторий «Волга». Показана положительная динамика пациентов, прошедших медицинскую реабилитацию в филиале «Клинический санаторий «Волга» за 2017—2019 гг., чему способствует развитая материально-техническая база, оснащенность и укомплектованность, а также внедрение инновационных технологий и методик реабилитации совместно с научными ассоциациями.

Проанализирован опыт работы филиала «Клинический санаторий «Волга» в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее ОМС) по медицинской реабилитации пациентов, не имеющих отношения к военному ведомству.

Представлен сравнительный анализ и показана перспективность деятельности работы в системе ОМС, выражающаяся в дополнительных финансовых средствах, приобретении уникального опыта работы с тяжелыми больными, согласно представленным шкалам реабилитационной маршрутизации. Показана возможность повышения эффективности использования коечного фонда санатория.

Затронуты ряд проблем, связанных с дальнейшим развитием работы в системе ОМС.

Показана готовность филиала «Клинический санаторий «Волга» к работе в условиях мирного и военного времени.

* * *

ВАРИАНТНАЯ КЛИМАТОТЕРАПИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кузнецов В.М., Клементьев А.А., Шабалин А.Е.

Филиал «Санаторий «Аврора» ФГБУ «Санаторно-курортный комплекс «Сочинский» МО РФ, Сочи

При проведении медико-психологической реабилитации реализуется комплекс медицинских, психологических и общих оздоровительных мероприятий по восстановлению боеспособности (работоспособности) военнослужащих. Чаще всего содержание реабилитационных программ включает в себя индивидуальную психотерапию, лечебную физкультуру, физиотерапевтического лечения, которое направлено на устранение болезненных проявлений соматических заболеваний. Наша работа подтверждает возможность коррекции начальных проявлений психологических стрессовых реакций преимущественно немедикаментозными средствами, среди которых ведущую роль играют природные физические факторы, составляющие основу санаторно-курортного лечения. В зависимости от времени года вариантная климатотерапия обладает различной степенью лечебного эффекта. Оценку состояния реабилитантов проводили на основании балльной оценки жалоб и объективного обследования сердечно-сосудистой системы, психофизиологического статуса.

Инструментальные методы исследования включали мониторирование АД, электрокардиографию. Функциональные показатели оценивались по индексу Кердо и индексу Хильденбранта. Психофизиологический статус исследовали с помощью теста Спилбергера—Ханина, методики САН, теста Люшера. Всем пациентам проводили медико-психологическую реабилитацию в различные «климатолечебные сезоны» — части года, подходящие для использования различных вариантов климатолечебных факторов: воздушных, солнечных ванн и морских купаний. Климато-географические условия расположения курорта Сочи обусловливают несовпадение календарного и климатолечебного сезонов, применяется следующая классификация климатолечебных сезонов. Летний (15.VI—15.IX) — аэротерапия + гелиотерапия + талассотерапия. Весенне-осенний (15.III—15.VI; 15.IX—1.XII) — аэротерапия + гелиотерапия. Зимний (1.XII—15.III) — аэротерапия.

Вывод. Комплексная климатотерапия улучшает психоэмоциональный статус при медико-психологической реабилитации — снижает уровень реактивной и личностной тревожности, повышенную нервозность и эмоциональную лабильность и повышает концентрацию внимания и уровень работоспособности. Нарастание числа методов климатотерапии вызывает прогрессивное снижение артериального давления и восстанавливает вегетативную регуляцию сердечно-сосудистой системы.

Под действием различных методов климатотерапии у военнослужащих происходит уменьшение симпатических и нарастание парасимпатических явлений, с последующим переходом к норме. Разные сочетания методов климатотерапии позволяют выделить различные «климатолечебные сезоны» не по календарному времени года, а по сочетанию и интенсивности применяемых в эти периоды комбинаций воздушных, солнечных ванн и морских купаний. Различные сочетания климатолечебных факторов, применяемых на климатолечебном курорте влажных субтропиков Сочи, обладают неодинаковой клинической эффективностью, которая возрастает при увеличении количества используемых в лечении методов климатотерапии.

* * *

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Кузьминов Г.Г. (kuzminov1985@yandex.ru; +7(903)109-4026)

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

Самым ранним и потому самым распространенным осложнением инсулиннезависимого сахарного диабета (СД 2-го типа) является дистальная полинейропатия, которая развивается на фоне нарушений обмена углеводов и липидов и выявляется у 40—90% пациентов. Именно она часто запускает дальнейший каскад патологических изменений и служит почвой для развития таких тяжелых осложнений, как диабетические поражения автономной нервной системы, безболевые инфаркты. При разработке немедикаментозных методов лечения особый интерес представляет мезодиэнцефальная модуляция (МДМ), которая, воздействуя на центральные механизмы регуляции различных функций, может обеспечить системное воздействие на различные патогенетические реакции СД 2-го типа.

Цель исследования — повышение эффективности лечения больных с диабетической полинейропатией на фоне СД 2-го типа путем включения в комплекс лечебных мероприятий процедур МДМ. В работе приняли участие 120 больных, которые были разделены на две группы (контрольную, получавшую стандартное лечение) и основную (стандартное лечение было дополнено МДМ). У пациентов оценивалась шкала неврологических симптомов, болевого синдрома, скорость проведения импульсов по нервам в дистальном и проксимальном отделах, уровень глюкозы и липидов крови, а также секреция инсулина.

Установлено, что у пациентов основной группы динамика регресса неврологических осложнений СД 2-го типа была существенно выше, чем в контрольной группе.

Нормализующий эффект МДМ достигал 28—33%, тогда как в контроле терапевтический эффект неврологических проявлений оставался на уровне 10—17%. Одновременно выявлялось мощное влияния этого физиотерапевтического фактора на инсулиновую регуляцию обмена углеводов и липидов. Так, если у пациентов основной группы снижение уровня глюкозы и коэффициента атерогенности достигало 22 и 49%, то в контроле соответствующие значения составляли 11 и 24%. Примечательно, что уменьшение индекса инсулинорезистентности при применении МДМ в среднем было на 23% более выраженным, чем у пациентов контрольной группы. Системный характер терапевтического влияния МДМ при СД 2-го типа проявился в повышении тесноты корреляционных взаимосвязей между показателями различных функциональных систем организма пациентов. Выявлены четкие зависимости между снижением индекса инсулинорезистентности, уменьшением метаболических нарушений, снижением болевого синдрома и увеличением скорости проведения нервных импульсов. Также доказано, что снижение клинических проявлений заболевания ассоциировалось с уменьшением секреции инсулина, что косвенно свидетельствует о повышении чувствительности тканей к этому гормону. Одновременно выявлено существенное улучшение качества жизни у пациентов основной группы, тестируемое по шкале SF-36, уменьшение уровня тревожности и выраженности депрессии.

Таким образом, физиотерапевтический фактор — МДМ, обладает значимым биологическим потенциалом в плане коррекции неврологических и метаболических проявлений СД 2-го типа и может быть рекомендован в программы комплексной терапии этого заболевания.

* * *

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Кузьминов Г.Г. (kuzminov1985@yandex.ru; +7(903)1094026)

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

Сахарный диабет 2-го типа (СД2) — заболевание с полимодальным характером патологических проявлений, и одним из его серьезных осложнений является полинейропатия. Есть много оснований полагать, что нарушения в деятельности периферической нервной системы при СД обусловлены глюкозотоксическими эффектами, поэтому перспективны методы лечения и профилактики неврологических осложнений этого заболевания, основанные на регрессе нарушений обмена углеводов. В этом плане интересны нелекарственные методы из арсенала восстановительной медицины и, в частности, мезодиэнцефальная модуляция (МДМ), которая обладает системным воздействием не регуляторный потенциал центральной нервной системы. Изучение метаболических механизмов действия МДМ у больных СД2 с дистальной полинейропатией и составило цель настоящей работы.

Исследования проведены у 30 пациентов, которые были разделены на две группы: основную, в которой изучался эффект однократного применения МДМ в течение 30 мин, и контрольную «плацебо», в которой имитировалось применение физиотерапевтической процедуры, но без включения физиотерапевтического устройства. У пациентов изучалась концентрация в крови глюкозы, липидов, инсулина и кортизола и активность системы перекисного окисления липидов до и через 15, 30 и 60 мин после применения МДМ.

Установлено, что применение этого физиотерапевтического фактора даже в виде однократного воздействия оказало достаточно выраженное влияние на гормональную регуляцию метаболических реакций. Так, в первые 15 мин отмечалось некоторое увеличение секреции кортизола (на 18%) и концентрации малонового диальдегида (на 13%), при этом гликемия увеличивалась, но не в достоверной форме. Одновременно снижался уровень инсулина в крови на 8%. Такой тип реакции однозначно свидетельствует о наличии небольшого стресса, однако через 60 мин после воздействия отмечалась другая картина: уровень глюкозы, кортизола и малонового диальдегида был ниже исходных значений соответственно на 24, 10 и 31% при одновременном повышении активности каталазы (одного из ферментов антиоксидантной защиты) на 27%. Секреция инсулина по-прежнему оставалась пониженной. Тем не менее регресс индекса инсулинорезистентности, который достигал, пусть и кратковременно, 45% свидетельствует о влиянии МДМ на важное патогенетическое звено СД2. В то же время существенного регресса дислипидемии обнаружено не было. Из клинических проявлений диабетической дистальной полинейропатии достоверно изменился болевой синдром, который уменьшился примерно на треть через 60 мин после МДМ-воздействия. Другие неврологические параметры практически не менялись. В то же время оценка своего самочувствия пациентами по шкале САН свидетельствовала о положительном влиянии однократной процедуры МДМ.

Таким образом, есть все основания полагать, что МДМ обладает некоторым стрессорным потенциалом, выраженным влиянием на инсулиновую регуляцию обмена углеводов и стимулирует антиоксидантную активность. Факт стимулирующего влияния МДМ на чувствительность тканей к инсулину имеет большое теоретическое и практическое значение, но этот феномен требует проведения дополнительных исследований.

* * *

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ САНИТАРНОЙ (ГОРНО-САНИТАРНОЙ) ОХРАНЫ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕСТНОСТЕЙ И КУРОРТОВ КРЫМА

Куклин Д.Н. (geominvod@mail.ru), Писковцева И.П.

ООО «ГЕОМИНВОД», Москва

Территория Крыма обладает разнообразными природными лечебными ресурсами, высоким лечебно-рекреационным потенциалом, уникальными ландшафтами, а также возможностью создания условий для лечения и отдыха.

1. За пятилетний период, прошедший со времени вхождения Крыма в состав России, на территории полуострова в соответствии с действующим Федеральным Законом «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» от 23.02.95 №26-ФЗ и согласно Закону Республики Крым «О курортах, природных лечебных ресурсах и лечебно-оздоровительных местностях Республики Крым» от 28.01.15 №76-ЗРК/2015 были утверждены постановлением Совета министров Республики Крым от 28.08.18 №425 границы и режим округа горно-санитарной охраны только для одного курорта — курорта местного значения Аджи-Су (Черные воды), проект организации которого был разработан ООО «ГЕОМИНВОД».

2. В рамках реализации федеральной целевой программы «Социально-экономическое развитие Республики Крым и Севастополя до 2020 г.» в 2017 г. были выполнены проекты округов санитарной (горно-санитарной) охраны курортов Алушта, Евпатория, Судак, Феодосия и Ялта в Республике Крым»

(ОАО «Российский институт градостроительства и инвестиционного развития «ГИПРОГОР», Москва).

Упомянутая проектная документация для прохождения согласования в установленном порядке неоднократно представлялась на рассмотрение в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе» и получила уже три отрицательных экспертных заключения, поскольку разработка границ и режима округов горно-санитарной охраны известных курортов Крыма проведена с грубейшими нарушениями как законодательства в сфере охраны природных лечебных ресурсов и курортов, так и законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Выполнение работы неспециализированной организацией, взявшейся за разработку проектов пяти округов горно-санитарной охраны крупнейших курортов не только Крыма, но и России, сроком в один месяц, определило непрофессиональный подход. Не были проведены специальные курортологические исследования на курортах, отсутствуют специальные медицинские заключения природных лечебных ресурсов для подтверждения их бальнеологической ценности. Все это привело к судебным разбирательствам между заказчиком и исполнителем работ, несоблюдению государственных стандартов в сфере природных лечебных ресурсов, а также нанесло вред курортной деятельности на территории Республики Крым.

3. Проект округа горно-санитарной охраны курорта Саки, разработанный ООО «ГЕОМИНВОД» в 2016 г., получил положительное экспертное заключение ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе» на установление границ и режима хозяйственной деятельности.

Сакский химический завод, ранее размещенный на территории курорта Саки, был расформирован, но в пределах третьей зоны сохранились предприятия — НПО «Йодобром» и ООО «Технойод», образованные на его базе и занимающиеся производством йода, брома и их производных, броморганических соединений.

Проектом округа горно-санитарной охраны предусмотрен вынос ПАО «НПО «Йодобром» и ООО «Технойод» за пределы курорта, поскольку Федеральным Законом «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» от 23.02.95 №26-ФЗ» и Законом Республики Крым «О курортах, природных лечебных ресурсах и лечебно-оздоровительных местностях Республики Крым» от 28.01.15 №76-ЗРК/2015 на территории третьей зоны вводятся ограничения на размещение промышленных и сельскохозяйственных организаций и сооружений, а также на осуществление хозяйственной деятельности, сопровождающейся загрязнением окружающей среды, природных лечебных ресурсов и их истощением.

К сожалению, Роспотребнадзор по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю занял выжидательную позицию. Это определило противостояние двух направлений развития территории — курортного комплекса и промышленного производства. Вопрос по установлению законодательного режима хозяйственной деятельности для курорта пока остается открытым.

4. Приказом Министерства экологии и природных ресурсов Республики Крым от 15.03.17 №547 ряд прибрежных озер Крыма были отнесены к перспективным объектам для придания им статуса лечебно-оздоровительных местностей и, в том числе, — Сакское, Чокракское, Тобечикское, Джарылгачское, Кояшское, Большое Мойнакское и Булганакское сопочное поле.

Во исполнение Стратегии социально-экономического развития Республики Крым до 2030 г., утвержденной Законом Республики Крым от 09.01.17 №352-ЗРК/2017 Министерством курортов Республики Крым были заказаны проекты округов горно-санитарной охраны лечебно-оздоровительных местностей Чокракского и Булганакского месторождений лечебных грязей, которые разработаны в 2018 г. ООО «ГЕОМИНВОД» и в настоящее время находятся на рассмотрении в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе».

* * *

ВАЛИДИЗАЦИЯ ОПРОСНИКА «ШКАЛА ТАМПА» НА КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Кукшина А.А., Котельникова А.В., Гозулов А.С., Рассулова М.А.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Ограничение в полноценной реализации потребности в движении значительно снижает общий уровень функционирования индивида. Одним из самых значительных ограничителей двигательной активности является страх движения, который в литературе рассматривается, в том числе, и как психологический феномен, обозначаемый термином «кинезиофобия». В научной литературе термин определяется как «чрезмерный, иррациональный и ослабляющий личность страх движения, обусловленный чувством собственной хрупкости и уязвимости, а также предрасположенности к травматизации» и измеряется с помощью «Шкалы Тампа», 17-пунктового опросника, валидизированного и

широко используемого в США, Европе, Японии, Китае и скандинавских странах.

Психометрическая апробация методики на отечественной популяции проводилась на репрезентативной выборке 292 больных с нарушением двигательных функций различной этиологии: в результате перенесенного ОНМК, на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и хронических ревматических заболеваний. Полученные в процессе апробации данные были признаны соответствующими современным требованиям к психометрическим характеристикам опросниковых методик. Отмечены удовлетворительная конструктная валидность, высокая различительная способность в отношении измеряемого параметра, надежность результатов. Исследовано влияние фактора социальной желательности на ответы испытуемых и показано, что результаты свободны от предвзятости. Выявлена также нозологическая неспецифичность методики: этиология двигательных нарушений никак не соотносится с выраженностью кинезиофобии. Показана двухфакторная структура методики, отражающая неоднородность происхождения кинезиофобии — в результате апробации в структуре опросника были выделены шкалы «Физической составляющей кинезиофобии» и «Психологической составляющей кинезиофобии». Шкала «Физическая составляющая кинезиофобии» включает в себя 11 пунктов опросника и отражает опыт взаимодействия пациентов с реальной телесной болью. Шкала «Психологическая составляющая кинезиофобии, или вторичная выгода от заболевания» включает в себя 6 пунктов опросника и отражает убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему. Количественным результатом применения опросника могут являться как данные о наличии-отсутствии кинезиофобии в характеристиках психоэмоционального состояния больного (что отражает итоговый суммарный показатель), так и более подробное исследование структуры феномена, что интерпретируется посредством соотнесения показателей по внутренним шкалам.

Таким образом, «Шкала Тампа» может использоваться в клинических условиях, в том числе, и в качестве психометрической методики для индивидуализации подхода к составлению программ реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций.

* * *

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕЦИОННОЙ РАБОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С КИНЕЗИОФОБИЕЙ

Кукшина А.А., Котельникова А.В., Турова Е.А.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Термин «кинезиофобия» был предложен в 1990 г. (S. Kori и соавт.) для определения «чрезмерного, иррационального и ослабляющего личность страха движения, обусловленного чувством собственной хрупкости и уязвимости, а также предрасположенности к травматизации». Кинезиофобия является частью группы психопатологических феноменов, формирующихся в процессе развития тяжелого соматического заболевания, и снижает эффективность проводимых реабилитационных мероприятий, а следовательно, требует выработки специальных психокоррекционных подходов.

Основной задачей начального периода психореабилитации является проработка острых стрессовых переживаний пациентов, вызванных известием о наличии заболевания как триггерного механизма кинезиофобии. Важнейшее место на этом этапе отводится методам и приемам релаксации, к которым относятся, в частности, метод нервно-мышечного расслабления (прогрессивная мышечная релаксация по Якобсону) и аутогенная тренировку по Шульцу. В ряде случаев стрессовые переживания пациентов, связанные с обстоятельствами заболевания, сравнимы с психической травматизацией, что требует применения экстренных методов переработки травматического опыта, например, десенсибилизация и переработка психической травмы движениями глаз (ДПДГ) по Шапиро и его модификации.

На более поздних этапах психореабилитации основной целью психокоррекционного воздействия будет осознание больным возможной вторичной выгоды от ограничения движения, а также последующая психологическая переработка и когнитивное переосмысление выявленных внутренних противоречий и межличностных конфликтов.

Психокоррекционные техники, предназначенные для преодоления страха движения, функционирующего с преобладанием физической составляющей кинезиофобии, также разнообразны, однако в целом сосредоточены вокруг двух тем: боль и синдром «выученной беспомощности». Для преодоления «выученной беспомощности» используются техники с применением аппаратов биологической обратной связи (БОС), направленные на выработку нового двигательного стереотипа.

В рамках когнитивного подхода к организации работы по преодолению страха движения основной фокус внимания психолога/психотерапевта должен быть сосредоточен на коррекции патогенных убеждений больного относительно негативных последствий увеличения двигательной активности и физической нагрузки для перспектив восстановления. Используются такие техники когнитивной терапии, как отслеживание автоматических мыслей, переформулирование, отдаление, декатастрофизация и пр. В поведенческом подходе к организации психологического и психотерапевтического сопровождения при коррекции страха движения основной акцент делается на переструктурировании навыков и

умений социального функционирования пациента, его адаптации к ситуации заболевания, повышение самоконтроля. Наиболее подходят для работы с больными с кинезиофобией такие техники, как «систематическая десенсибилизация», гипносуггестивное воздействие. Кроме того, сообразно ведущим модальностям восприятия, а также интеллектуально-мнестическим возможностям больного, в работе по преодолению страха движения медицинским психологом/психотерапевтом могут быть использованы техники пятиступенчатой позитивной психотерапии или терапии искусством (арт-терапии).

Таким образом, разнообразие имеющихся в настоящее время методов психологической реабилитации и техник психотерапевтического воздействия позволяет выработать индивидуальный подход к составлению программы преодоления страха движения для каждого конкретного пациента с нарушением двигательных функций.

* * *

ЭФФЕКТЫ АЭРОФИТОТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Кулинченко А.В. (kulinchenko-andrei@mail.ru; +7(978)73-0301), Бобрик Ю.В. (yura.bobrik@mail.ru; +7(978)052-3529)

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Ведущее место среди психических заболеваний, послуживших причиной признания лица инвалидом, традиционно занимает шизофрения, составляющая 46—53% среди всех психических заболеваний. Высокая численность больных с ограниченными возможностями вследствие психических заболеваний обусловливает необходимость создания эффективной системы лечебно-реабилитационных мероприятий данной категории инвалидов, что определяет актуальность исследований в этой области.

Цель исследования — определение уровней тревожности и порогов болевой чувствительности (БЧ) у больных шизофренией под воздействием аэрофитотерапии с применением лавандового эфирного масла.

Для тестирования порогов поверхностной ноцицептивной чувствительности использовали патентованный способ определения поверхностной болевой чувствительности с помощью лабораторного алгезиметра. Для этого алгезиметр устанавливали вблизи ногтевого ложа у практически здоровых людей и больных шизофренией, производя на него давление до возникновения отчетливого болевого ощущения. Найденный порог БЧ выражали в единицах шкалы алгезиметра (усл. ед.). Порог БЧ определяли у 31 здорового испытуемого и у 34 больных шизофренией. Для коррекции психоэмоционального состояния у 20 пациентов, шизофренией на фоне проводимой базисной терапии применялась аэрофитотерапия с использованием эфирного масла лаванды. До и после проведения процедуры ароматерапии обследуемым пациентам проводилось нейропсихологическое тестирование для определения уровня личностной и реактивной тревоги по методике Спилберга—Ханина. Результаты исследования подвергли математическому анализу с использованием методов вариационной статистики. Достоверность определяли по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Выявлено, что уровень порога БЧ и реактивной тревожности был повышен у обследуемых больных шизофренией по сравнению с группой практически здоровых лиц в 2,1 раза ($p<0,001$) и в 4,9 раза ($p<0,001$). Под влиянием аэрофитотерапии у пациентов с шизофренией выявлено снижение порога БЧ и реактивной тревожности, соответственно, на 26% ($p<0,01$) и на 7% ($p<0,05$). Достоверных изменений изначально повышенного уровня личностной тревоги у больных шизофренией в исследовании не обнаружено.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что ноцицептивные системы у больных шизофренией имеют более высокий порог возбуждения, чем у здоровых людей, что объясняет некоторые клинические особенности течения основного и сопутствующих заболеваний у данной категории лиц. Применение аэрофитотерапии с использованием эфирного масла лаванды позволяет снизить изначально повышенный уровень реактивной тревожности и болевой чувствительности у пациентов с шизофренией.

* * *

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН — СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА ГОСУДАРСТВА

Кулов С.А. (info@rzdz.ru; +7(495)223-4274), Морозов П.Н. (morozov_pn@rzdz.ru; +7(495)223-4274), Кошелева И.В. (kosheleva_iv@rzdz.ru; +7(495)223-4274)

АО «РЖД-ЗДОРОВЬЕ», Москва

Охрана женского здоровья — важнейшее направление демографической политики. Социальная проблема нарушения репродуктивного благополучия заключается в снижении рождаемости, т.е. уменьшении народонаселения и, следовательно, трудовых ресурсов.

Цель исследования — разработка и внедрение в практику инновационных медицинских санаторно-курортных программ, созданных на базе специализированных центров санаториев, направленных на восстановление и поддержание репродуктивного здоровья с учетом современных реалий, диктующих необходимость проведения лечебных, реабилитационных

и профилактических мероприятий в максимально сжатые сроки.

Материал и методы. Люди молодого возраста (до 35 лет) — 42,8% работников ОАО «РЖД»; женщины — 245,5 тыс. человек (31,7% всех работающих), их средний возраст — 39,1 года (данные 2017 г.) Тематические санаторные программы, направленные на поддержание женского здоровья под общим названием «Классическая санаторная программа (для женщин)», разработанные во всех 19 филиалах АО «РЖД-ЗДОРОВЬЕ» и позволяющие объединить полноценный отдых и оздоровление с уходом за собой.

Результаты. Повышение уровня задействованности санаторно-курортного звена в оздоровлении и профилактике заболеваний женщин, работающих в ОАО «РЖД».

Вывод. Разработанные согласно утвержденному Генеральным директором — председателем правления ОАО «РЖД» О.В. Белозеровым «Плану мероприятий по совершенствованию условия труда, отдыха и социальной поддержки женщин в ОАО «РЖД» на 2018—2020 гг.» инновационные санаторно-курортные программы под общим названием «Классическая санаторная программа (для женщин)» составлены из базовых видов санаторно-курортной медицинской помощи на основе использования природных лечебных факторов универсальны для лечения всех видов заболеваний (общетерапевтические) и, в зависимости от особенностей расположения и медицинской профилизации каждого санатория, также направлены на коррекцию патологии определенной системы органов, не исключают их сочетания с комфортабельным отдыхом и расширяют охват корпоративного контингента лечебными мероприятиями, в том числе превентивного и профилактического характера, способствуют сохранению и поддержанию женского здоровья работающих женщин.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРВАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК И УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН В КОРРЕЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕУТОМЛЕНИЕМ

Кульчицкая Д.Б.[1] (deti-ku@mail.ru; +7(916)338-0109), Кончугова Т.В.[1] (umc-rnc@mail.ru; +7(916)583-9719), Уянаева А.И.[2] (a.uyuanaewa@yandex.ru; +7(903)779-6734)

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва; [2]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

В современной медицине переутомление рассматривается как пограничное предпатологическое состояние, при котором наблюдается высокая напряженность адаптационных процессов и снижение резервов адаптационного потенциала. К средствам, способствующим восстановлению функциональных резервов систем, участвующих в формировании адаптационного потенциала организма, относятся интервальные гипоксические тренировки (ИГТ) и водные углекислые ванны, что способствует восстановлению энергетических ресурсов организма, улучшению оксигенизации органов и тканей.

Цель исследования — изучение роли ИГТ и углекислых ванн в коррекции микроциркуляторных нарушений у пациентов с переутомлением.

Под нашим наблюдением находились 63 пациента с переутомлением, преимущественно молодого возраста (до 30 лет — 54%, 31 год — 40 лет — 46%), из них: женщин — 43, мужчин — 20. Все пациенты получали ИГТ и общие водные углекислые ванны.

У большинства пациентов по данным лазерной допплеровской флоуметрии выявлены нарушения микроциркуляции (МЦ): у 50% — атонического характера, выражающиеся в снижении тонуса артериол и наличии застойных явлений в резистивных и нутритивных сосудах микроциркуляторного русла; у 15% — спастического характера, выражающиеся в увеличении тонуса ртериол и наличии застойных явлений в венулярном звене. У 35% пациентов показатели МЦ соответствовали нормоциркуляторному типу.

После курсового лечения отмечена положительная динамика показателей микроциркуляторного русла. Так, у пациентов с атоническим типом МЦ повышается изначально низкий тонус артериол на 20% (от 91,8±2,8% до 109,2±6,3%, $p<0,01$), а у пациентов со спастическим типом тонус артериол снижается на 29% (с 145,1±4,4 до 114,0±6,8%, $p<0,05$). Следовательно, более выраженное влияние данная программа коррекции переутомления оказывает у пациентов со спастическим типом МЦ.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Кульчицкая Д.Б.[1] (deti-ku@mail.ru; +7(916)338-0109), Кончугова Т.В.[1] (umc-rnc@mail.ru; +7(916)583-9719), Турова Е.А.[2] (aturova55@gmail.com; +7(916)671-5996)

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва; [2]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

В настоящее время наблюдается тенденция к применению комплексных программ, включающих физиотерапевтические и бальнеотерапевтические методы лечения диабетической полинейропатии (ДПН). В связи с этим целью исследования явилось

изучение влияния комплексного применения аэродинамических ванн и электрофореза никотиновой кислоты на состояние микроциркуляции (МЦ) у больных ДПН. Были обследованы 60 больных ДПН и сахарным диабетом 2-го типа, с длительностью заболевания от 5 до 30 лет.

Все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (n=30) — пациентам осуществлялось комплексное воздействие электрофорезом 1% раствора никотиновой кислоты по Вермелю, на курс 10 процедур и после 2-часового перерыва больные получали аэродинамические ванны. 2-я группа (n=30) — пациентам применяли только электрофорез никотиновой кислоты по Вермелю, на курс 10 процедур.

После лечения у пациентов 1-й группы было выявлено улучшение нейрогенного, миогенного тонуса артериол и эндотелиальной функции: показатели (Ан/3 σ · 100%), (Ам/3 σ · 100%) и Аэ/3 σ · 100% изменились с 7,5±0,6 до 9,6±0,7% (p<0,05), с 9,5±0,3 до 12,14±0,4% (p<0,001) и с 7,6±0,3 до 8,7±0,4% (p<0,05) соответственно. У больных, получавших только электрофорез никотиновой кислоты по Вермелю, наблюдалась достоверная положительная динамика базального кровотока и миогенного тонуса артериол. Другие показатели ЛДФ имели лишь тенденцию к коррекции.

У большинства пациентов с ДПН после курсового лечения установлена положительная динамика клинического статуса наблюдаемых больных: выявлены регресс болевого синдрома, достоверное снижение интенсивности и частоты судорог и онемения. Однако вышеуказанные изменения были более значимые у больных в 1-й группе.

Таким образом, полученные результаты исследования позволяют рекомендовать комплексное применение аэродинамических ванн и электрофореза никотиновой кислоты по Вермелю для лечения больных с ДПН.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кунцевская И.В. (box85-85@mail.ru; +7(978)749-0898), Бобрик Ю.В. (yura.bobrik@mail.ru; +7(978)052-3529), Кушнир Г.М. (kushnir2005@mail.ru; +7(978)75-9880)

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

До настоящего времени не разработаны комплексы восстановительного лечения, направленные не только на терапию хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), но и на коррекцию энцефалопатии, обусловленной данным заболеванием.

Цель исследования — оценка эффективности разработанного способа восстановительного лечения больных ХОБЛ с энцефалопатией на этапе санаторно-курортной реабилитации.

При проведении исследований нами были обследованы 87 пациентов. Возраст больных варьировался от 45 до 67 лет.

Всем пациентам проводили неврологическое обследование до и после лечения. Церебральную гемодинамику исследовали до и после лечения при помощи цветного дуплексного сканирования экстра- и интракраниальных сосудов на приборе SA-8000 EX (MEDISON). Все больные были разделены на три группы в зависимости от степени тяжести ХОБЛ. 1-ю группу составили 33 больных с первой степенью тяжести ХОБЛ. Средний возраст обследуемых 58,9±5,2 года. 2-ю группу составили 30 пациентов со второй степенью тяжести ХОБЛ. Средний возраст обследуемых 58,0±4,3 года. 3-ю группу составили 24 обследуемых с третьей степенью тяжести ХОБЛ. Средний возраст обследуемых 56,1±7,5 года. Подгруппы 1А, 2А, 3А получали стандартный комплекс санаторно-курортного лечения. Подгруппам 1Б, 2Б, 3Б был назначен разработанный способ восстановительного лечения: климатотерапия; лечебная физкультура; аэрофитотерапия при помощи ароматерапевтического средства «Полиол» в концентрации 1 мг/м^3 с проведением во время сеанса дифференцированной дыхательной гимнастики; электрофорез 2,4% раствором эуфиллина по воротниковой методике; вибромассаж на шейно-воротниковую область с чередованием массажем шейно-воротниковой зоны; венотонический препарат диосмин в дозе 600 мг 1 таблетка утром в течение 20 дней.

Лечение оказало положительный эффект во всех подгруппах на субъективное состояние обследуемых, а именно на выраженность головокружение и головную боль. Выявлено статистически значимое снижение уровня реактивной тревожности во всех подгруппах Б: в 1Б подгруппе до лечения — 29,0±1,5 балла, после — 24,3±1,3 балла; в подгруппе 3Б до лечения — 33,4±1,6 балла, после — 28,4±2,0 балла (p<0,05), а то время как для стандартного варианта лечения достоверное различие в уровне реактивной тревожности достигается только при 3-й стадии ХОБЛ. В результате проведенного исследования показателей ультразвуковой допплерографии получены следующие результаты: наибольшее влияние на интракраниальный кровоток оказало лечение по разработанной нами реабилитационной методике. Статистически значимые различия выявлены во всех исследуемых артериях (скорость кровотока по средней мозговой артерии в 3А под-

группе до лечения — 92,2±1,7 см/с, после лечения — 93,4±2,1 см/с, в 3Б подгруппе до лечения — 90,0±1,1 см/с, после лечения — 94,6±0,8 см/с (p<0,05). Сравнительная оценка эффективности проведенного восстановительного лечения свидетельствует о преимуществе разработанного способа восстановительной терапии по сравнению со стандартным комплексом санаторно-курортного лечения.

Полученные результаты являются обоснованием возможности более широкого использования разработанного способа восстановительной терапии для лечения больных с энцефалопатией на фоне ХОБЛ на санаторно-курортном этапе реабилитации.

* * *

САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА И НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКРУГОВ САНИТАРНОЙ (ГОРНО-САНИТАРНОЙ) ОХРАНЫ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕСТНОСТЕЙ И КУРОРТОВ РОССИИ

Курочкин В.Ю. (kurortresurs@yandex.ru; +7(902)266-8470), Федоров А.А. (fedorov@ymrc.ru; +7(912)247-3993), Хорошавина Е.И., Наумова Ю.А.

ФБУН «Екатеринбургский медицинский-научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора», Екатеринбург

Одной из основных задач, согласно «Стратегии развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации», является усиление государственного контроля в области обеспечения санитарной (горно-санитарной) охраны природных лечебных ресурсов, актуализация и внесение в Единый государственный реестр недвижимости сведений о границах округов и зон санитарной (горно-санитарной) охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов.

Многие курортно-рекреационные территории не имеют законодательно установленные округа. Большинство округов, организованные в 50—90 годы прошлого столетия, не соответствуют современному законодательству и требуют корректировки. Территории большинства округов во много раз превышают площади, необходимые для охраны природных лечебных ресурсов, что препятствует развитию территорий, а также обесценивает и делает невыполнимыми установленные природоохранные требования. Несовершенной является нормативная база для разработки и актуализации округов, осуществления надзора за их состоянием. Единственным документом, регламентирующим требования к округам, является «Положение об округах санитарной и горно-санитарной охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов федерального значения», утвержденное Постановлением Правительства России от 07.12.96 №1425. Указанное положение распространяется только на курортные территории федерального уровня и не соответствует ряду современных законодательных требований.

В связи с этим авторами доклада в 2017 г. разработан проект санитарных правил «Округа санитарной и горно-санитарной охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов. Гигиенические требования к разработке и организации контроля за содержанием округов», которые устанавливают требования к организации и контролю за содержанием округов, размеру их зон, методам и правилам их установления и пересмотра, к ограничению хозяйственной и иной деятельности в пределах округов и зон, а также требования к их благоустройству. В основу санитарных правил положены разработанные авторами доклада и изложенные в ряде статей: методология комплексной оценки риска загрязнения природных лечебных ресурсов для установления требований к их санитарной (горно-санитарной) охране; методология определения размеров зон округа в зависимости от природной защищенности природных лечебных ресурсов; градация округов по размерам, структуре и риску антропогенного загрязнения; схема балльной оценки курортно-рекреационного потенциала и антропогенной нагрузки курортных территорий.

Для охраны природных лечебных ресурсов, актуализации границ курортных территорий, их государственного учета и надзора за их состоянием, реализации задач стратегии курортного развития России необходимо всестороннее обсуждение специалистами и принятие разработанного проекта санитарных правил, устанавливающих требования к организации и функционированию округов санитарной и горно-санитарной охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов.

* * *

АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ ПРИ ОТБОРЕ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ДОСАНАТОРНОМ ЭТАПЕ НА ПРИМЕРЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ КОМПЛЕКС «КРЫМСКИЙ» МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кущуренко С.А., Коломыцев А.Ю., Маленко А.П., Тюкина А.К., Пивоваров А.И., Мищук В.Д. (tyukinaa@gmail.com; +7(978)883-1660)

ФГКУ«Санаторно-курортный комплекс «Крымский» Министерства обороны Российской Федерации, Севастополь

Эффективность санаторно-курортного лечения СКЛ), длительность и стойкость его результатов во

многом зависят от правильной организации медицинского отбора.

Медицинский отбор и направление больных на СКЛ осуществляют лечащий врач и заведующий отделением в соответствии с требованиями руководящих документов. В сложных ситуациях по представлению лечащего врача и заведующего отделением заключение о показаниях для СКЛ конкретного пациента выдает врачебная комиссия медицинской организации.

Решение о предоставлении путевки принимается на основании письменного заявления гражданина и медицинской справки формы 070/у. Согласно указаниям Главного военно-медицинского управления Минобороны России, врачами-специалистами ФГКУ «СКК «Крымский» проводится проверка правильности оформления медицинской документации при отборе пациентов на СКЛ, в частности справок для получения путевки формы 070/у.

Анализ справок формы 070/у, поступивших на рассмотрение в ФГКУ «СКК «Крымский» в 2018 г., а также в период реализации путевок на 2019 г. показал, что в 23% случаев лечащими врачами поликлиник не принимаются во внимание руководящие документы для направления пациентов в санаторно-курортные организации, в связи с чем пациентам было отказано в предоставлении путевки. В структуре дефектов при отборе пациентов на досанаторном этапе 77% приходится на диагнозы, не входящие в перечень показаний, 5,7% — неразборчивые записи, в 3,3% формулировки диагнозов не соответствуют МКБ-10. В 14% встречаются диагнозы, не входящие в профилизацию санатория. Так, заболевания органов пищеварения не входят в профилизацию военных санаториев «Ялта», «Судак». Заболевания мочевыводящих путей не входят в профилизацию всех военных санаторно-курортных организаций Крыма.

В случае обнаружения карт формы №070/у и формы №072/у, не соответствующих требованиям приказа Минздрава России от 07.06.18 №321н, вышеуказанные карты передаются врачебной комиссии для составления актов в 3 экземплярах, которые согласно ст. 4.5 приказа МЗ и СРРФ от 22.11.04 №256 направляются: один — в орган управления здравоохранением субъекта РФ (в нашем случае СКК «Крымский»), второй — в адрес поликлиники, выдавшей санаторно-курортную карту, третий — остается в СКО.

Руководство лечебно-профилактических организаций в своих ответах сообщает о проведенной работе с врачебным составом, детальном изучении руководящих документов.

Анализ данных свидетельствует о важности и необходимости повышения эффективности работы в данном направлении, налаживании взаимодействия санаторно-курортных организаций с лечебно-профилактическими организациями амбулаторной помощи, направляющими пациентов на СКЛ, обратной связи с ними при выявлении дефектов в оформлении медицинской документации.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ИНФРАКРАСНОГО ДИАПАЗОНА В РЕЖИМЕ ПОСТОЯННО МЕНЯЮЩЕЙСЯ ЧАСТОТЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Куянцева Л.В.[1, 2], Беккетова В.В.[2] (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы»; [2]ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Актуальность и практическая значимость проблемы хронического тонзиллита у детей определяется высокой распространенностью данной патологии (15%), возможностью возникновения тяжелых осложнений (диффузный гломерулонефрит, эндокардит).

Среди технологий медицинской реабилитации детей с хроническим тонзиллитом особое внимание в последние годы привлечено к лазерной терапии, оказывающей противовоспалительное действие, активирующее микроциркуляцию крови, повышение уровня трофического обеспечения тканей, активизацию метаболизма клеток, иммунокорригирующий эффект.

Изучена эффективность применения низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона в непрерывном и импульсном режимах генерации лазерного излучения при хроническом тонзиллите у детей.

Цель исследования — разработка и научное обоснование применения низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона в режиме постоянно меняющейся частоты при лечении компенсированной формы хронического тонзиллита у детей.

Клинические наблюдения и специальные исследования проведены у 90 детей с хроническим тонзиллитом. Все дети получали базисную терапию. Воздействие осуществляли от аппарата Азор-2К-02. Дети основной группы получали воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением инфракрасного диапазона в режиме постоянно меняющейся частоты от 10 до 1500 Гц, дети группы сравнения — низкоинтенсивное лазерное излучение инфракрасного диапазона в импульсном режиме фиксированной частоты 80 Гц, дети контрольной группы — базисную терапию без физиотерапии.

Обследование включало общеклинические и специальные методы исследования, сбор анамнеза, сенсорную аналоговую шкалу, визуальную аналоговую шкалу.

Совокупная оценка клинических симптомов заболевания у детей основной группы и группы сравнения после лечения свидетельствовала о статистически значимых результатах проведенной терапии в виде снижения суммарной оценки жалоб, фарингоскопической картины. В группе сравнения динамика клинических симптомов была менее выражена.

Комплексная оценка результатов лечения позволила установить достоверно более высокую терапевтическую эффективность низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона в режиме постоянно меняющейся частоты (93,3%) по сравнению с применением низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона в режиме фиксированной частоты (86,7%) и контрольной группы (76,7%).

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛЯРИЗОВАННОГО СВЕТА В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Куянцева Л.В.[1, 2], Калинина О.И.[2] (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва; [2]ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Актуальность проблемы врожденных пороков сердца у детей определяется их значительной распространенностью, в среднем 8 случаев на 1000 родившихся живыми. Такие дети стоят на втором месте в числе причин младенческой смертности.

Успех оперативных вмешательств во многом зависит от проведения реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику и лечение возможных ранних послеоперационных осложнений, улучшение функции дыхательной системы, адаптацию миокарда к условиям новой гемодинамики. Применение миокардиальных униполярных электродов в раннем послеоперационном периоде ограничивает выбор методов электролечения. Особо актуальным является у этих больных применение светотерапии, а именно нового щадящего метода — полихроматического поляризованного света.

Клинические наблюдения и специальные исследования проведены у 70 детей с врожденными пороками сердца, состоянием после операции, в возрасте от 1 дня жизни до 3 лет. Все дети получали базисную терапию, включающую кардиотоническую поддержку, антибактериальную терапию. При этом, основную группу составили 35 детей получавших поляризованный свет на область грудной клетки, 35 детей — составили группу сравнения, получавших только базисное лечение.

Для оценки эффективности применения поляризованного света использовались в динамике клинико-лабораторные методы, пульсоксиметрия; электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки.

На основании сравнительной оценки установлена более высокая терапевтическая эффективность у детей, оперированных по поводу ВПС, при включении поляризованного света, что характеризовалось более выраженными благоприятными изменениями клинической симптоматики и показателями периферической крови.

Исследования периферической крови, показали более выраженную положительную динамику в основной группе детей, характеризующуюся достоверными изменениями в виде уменьшения уровня лейкоцитов, гранулоцитов, возрастанием количества циркулирующих в крови мононуклеарных лейкоцитов — моноцитов и лимфоцитов.

На основании проведенных исследований впервые дано научное обоснование целесообразности включения поляризованного света в комплексную медицинскую реабилитацию детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца.

Доказана более высокая эффективность медицинской реабилитации детей с включением поляризованного света (81,4%), оперированных по поводу врожденных пороков сердца, чем в группе сравнения (74,2%).

* * *

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В СТРУКТУРЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Лаврик Н.П., Стрелкова Т.В., Плисецкая В.Ю., Соломкина Н.Ю., Евдокимова Т.А., Шевченко А.А., Черныш Н.В.

СПбГБУЗ «Детский санаторий «Солнечное»; ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Пациенты с онкопатологией поступают в детский санаторий после проведенного стационарного лечения, сопряженного с оперативным вмешательством, химио- и лучевой терапией, осложнения которых — снижение иммунологической активности, вегетативные, невротические, ритмологические, когнитивные и депрессивные расстройства, нарушение двигательной активности. В течение года в онкологическом отделении санатория лечились 316 детей в возрасте от 2 до 18 лет, более половины из них получали физиотерапевтическое (ФТ) лечение, 56% — на фоне проводимой поддерживающей химиотерапии (ПХТ). Назначение ФТ детям с онкопатологией требует особой осторожности и индиви-

дуализации в выборе физических факторов (ФФ), методик проведения процедур, дозирования физической энергии и двигательной активности. К ФФ, нормализующим вегетативную и эмоционально-волевую сферу, упорядочение ритмов сна—бодрствования, аппетита-насыщения, движения-отдыха, относятся транскраниальная электростимуляция, электросон, лекарственный электрофорез биоэлементов (магния, жирорастворимых витаминов), биоаккустическая коррекция, фотохромотерапия с предпочтением зеленой и синей полос оптического диапазона, ингаляции, галотерапия, гипокситерапия, гидробальнеотерапия, аппликации лечебной грязи с акцентом на достижение седативного эффекта, купирование болей и парестезий, нормализацию тонуса мышц и связочного аппарата. Предпочтение отдавали «общим» методикам — лобно-затылочным, лобно-шейным, глазнично-затылочным; воротниковой методике Щербака у детей без ПХТ; а также рефлекторным, с акцентом на коррекцию иммунологической реактивности и вегетативного тонуса. Безусловно, базисным ФФ является специфический курортный фактор побережья Финского залива, близость моря и лесной, преимущественно хвойный, массив, оптимизация режима и диеты, возможность проведения терренкура, занятий лечебной гимнастикой и аквааэробикой, массаж. Из числа детей проходивших ФТЛ — ингаляторное введение лекарственных веществ получало 95% пациентов, галокамеру прошли — 78%, гипокситерапию — 48%.

Среди детей с онкопатологией отмечены улучшение иммунологической реактивности, качества сна, тенденция к купированию вегетативной дистонии, улучшение аппетита и двигательной активности. Рецидивов основного заболевания отмечено не было.

Таким образом, физические факторы на этапе санаторно-курортной помощи детям с онкопатологией относятся к наиболее актуальным направлениям восстановления их здоровья и качества жизни.

* * *

ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Лазуренко С.Б., Конова О.М., Свиридова Т.В., Мурашкин Н.Н. (labspiko@gmail.com; +7(499)340-0104)

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

Псориаз, как заболевание мультифакторной природы, оказывает негативное влияние, как на физическое, так и на психологическое состояние пациентов.

С целью оценки эффективности комплексной реабилитационной программы, включающей медикаментозную терапию, фототерапию УФВ (311 нм), серные ванны, психологическую поддержку, кроме клинико-лабораторных методов обследования были изучены изменения, происходящие в психологическом состоянии 20 подростков (12—17 лет) с тяжелым течением псориаза (вульгарный — 12 человек, артропатический — 5, эритродермический — 2, ладонно-подошвенный — 1), с индексом PASI от 50 до 72 баллов.

Оценка психологического состояния осуществлялась с помощью клинической беседы, опросника депрессии Бека, проективных методик «Незаконченных предложения», «Рисунок неизвестного животного» и опросника качества жизни MOS SF-36 (адаптация для подростков). Статистическая значимость изменений в психологическом состоянии подростков до и после прохождения реабилитации проверялась с помощью непараметрического критерия Вилкоксона, для $p<0,05$.

Установлено, что для подростков с тяжелым течением псориаза характерно сочетание психологических трудностей. У 85% подростков переживание физического дискомфорта (болевые ощущения, зуд) становится причиной устойчивого снижения настроения, а у 15% из них и возникновения суицидальных мыслей, свидетельствующее о высоком риске их социальной дезадаптации. У других 15% пациентов снижение эмоционального фона наблюдалось периодически. Кроме того, у 60% зафиксировано конфликтное отношение к телесному «Я». Результаты сопоставления клинико-лабораторных и психологических показателей до и после прохождения реабилитации, показали, что на фоне улучшения клинического состояния, наблюдаются такие выраженные положительные психологические изменения, как уменьшение переживаний, связанных с физическим дискомфортом (на 35%), улучшение эмоционального состояния (на 55%) и, как следствие, более позитивное восприятие телесного «Я» (на 50%), а также повышение мотивации к соблюдению медицинских рекомендаций (на 40%).

Таким образом, видимое изменение кожного покрова негативно воспринимается больным и ухудшает его психологическое состояние. Применение физиотерапевтических методов в процессе реабилитации подростков с псориазом ускоряет процесс заживления, за счет чего улучшается психологическое состояние и социальное функционирование пациентов.

Результаты исследования подтверждают необходимость реализации комплексного подхода в реабилитации детей и подростков для улучшения их физического и психологического состояния, снижения риска социальной дезадаптации.

* * *

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В САНАТОРИИ «КУРПАТЫ» (РЕСПУБЛИКА КРЫМ) НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Лузина Е.В., Богдан Е.Н., Кириченко Н.Г., Ларева Н.В., Иванова Н.Д., Фахретдинов А.О.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита, Россия; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санаторий «Курпаты» Управления делами Президента РФ, Республика Крым, Россия

Санаторно-курортное лечение (СКЛ) — вид медицинской помощи, осуществляемый санаторно-курортными организациями в лечебных, реабилитационных и профилактических целях на основе использования природных лечебных ресурсов. СКЛ направлено на активизацию защитно-приспособительных реакций организма для оздоровления в целом, уменьшения количества обострений, удлинения периода ремиссии, замедления развития заболеваний. Одним из факторов санаторно-курортного лечения является климатотерапия. Климатические условия оказывают на организм мощное терапевтическое воздействие. Южный берег Крыма (ЮБК) с середины XIX века используется для реабилитации пациентов различного профиля и, прежде всего, с заболеваниями органов дыхания. От северных и северо-западных ветров ЮБК защищают Крымские горы, склоны которых покрыты хвойными лесами. Фитонциды этих лесов изменяют ионный состав воздуха, снижая потребность в кислороде, обладают бактерицидными свойствами. Море насыщает воздух морскими солями и отрицательными аэроионами. Уникальное географическое положение и ландшафт ЮБК создают комфортные условия по температуре, влажности, ветровому режиму, составу воздуха, что способствует успешному лечению пульмонологических больных на курортах и санаториях ЮБК. Одним из таких санаториев является санаторий «Курпаты», расположенный на побережье в 8 км от Ялты. Сухой субтропический климат, чистое море, обилие солнечных дней, красивые ландшафты благоприятны для проведения аэротерапии, гелиотерапии, талассотерапии. Точки приложения климатических факторов разные. Однако через специфические реакции на органном, клеточном и тканевом уровне реализуется общий неспецифический эффект в виде повышения устойчивости организма, уровня функционирования всех систем, переносимости физических нагрузок, улучшения дыхания, эмоционального состояния, повышения качества жизни. Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии. Изучение КЖ является общепринятым в международной практике высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп. Этот метод позволяет получить количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека — его физического, психологического и социального функционирования. Одним из наиболее широко используемых универсальных методов изучения качества жизни в общей популяции, а также у пациентов, является опросник SF-36.

Цель исследования — оценить КЖ пациентов, поступивших в ФГБУ «Санаторий «Курпаты» (Республика Крым) из разных регионов Российской Федерации (РФ) до и после курса санаторно-курортного лечения.

Материал и методы. Было проведено анкетирование 39 пациентов с заболеваниями органов дыхания (бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в стадии ремиссии, прибывших на лечение в санаторий «Курпаты» (Республика Крым) из разных регионов РФ в августе 2018 г., в возрасте от 18 до 74 лет. Средний возраст составил 50,85±14,46 года. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Среди опрошенных были 14 (35,9%) мужчин среднего возраста 51,0±16,4 года и 25 (64,1%) женщин среднего возраста 50,7±13,6 года. Молодых пациентов младше 45 лет оказалось 12 человек, старшая возрастная группа (46 лет и старше) насчитывала 27 анкетированных. Изучалось влияние на КЖ природных климатических факторов в условиях санатория, которые сочетались с лечебной физической культурой (дыхательная гимнастика) и искусственными лечебными факторами в виде галотерапии, ручного массажа, жемчужных ванн, ингаляций с амброксолом, которые были назначены в рамках рутинной клинической практики. Средние сроки лечения составили 10,5±2,3 дня. Для исследования КЖ использовалась анкета SF-36, которая является основной в Международном проекте оценки качества жизни. 36 пунктов анкеты сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизненная активность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Анкетирование проводилось дважды: при поступлении в санаторий и после окончания курса лечения. Статистическая обработка выполнена путем сравнения средних величин до и после лечения с помощью парного критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при $p<0,05$. Программное обеспечение BioStat.

Результаты. Средние значения показателей КЖ для 8 шкал опросника SF-36 колебались от 62,18±14,4 балла (шкала общего здоровья (ОЗ) до

84,87±17,38 балла (шкала физического функционирования). Физический компонент здоровья в целом был на среднем уровне — 49,86±7,38 балла. Этот компонент включал физическое функционирование (ФФ), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивало выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей). Пациенты высоко оценили свою физическую активность. Шкала ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (РФФ), оценивала влияние физического состояния на повседневную деятельность (работу, повседневные обязанности). Ограничений повседневной деятельности не было отмечено, среднее значение этой шкалы составило 80,13±32,03 балла. Шкала интенсивности боли (Б) отражала влияние боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Показатель 71,51±23,94 балла свидетельствовал о незначительном ограничении активности ввиду боли. Наиболее низко пациенты оценили состояние своего здоровья в настоящий момент. Шкала общего здоровья оказалась самой низкой — 62,18±14,4 балла. Психологический компонент здоровья имел еще более низкую оценку среди респондентов (47,08±9,73 балла) и включал четыре шкалы: жизненную активность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ). Среди этих составляющих самый высокий критерий имела социальная активность опрошенных, их уровень общения. Показатель СФ составил 80,45±18,54 балла. Несколько ниже был критерий РЭФ — 74,36±37,82 балла, который отражал ограничения в выполнении повседневной работы, обусловленные эмоциональным состоянием. Еще ниже пациенты отметили свое психическое здоровье — 66,97±16,76 балла, что свидетельствовало о возможном наличии депрессивных, тревожных переживаний. Наиболее низкая оценка психологической составляющей здоровья была дана по критерию жизненной активности. Величина Ж оказалась 63,85±16,16 балла. Чем ниже баллы по этой шкале, тем более человек ощущает себя уставшим, обессиленным. После курса санаторно-курортного лечения достоверно повысился психологический компонент здоровья на 7,15% (p=0,007) и составил 50,45±9,15 балла. Значимо улучшились жизненная активность, эмоциональное состояние пациентов и оценка психического здоровья: на 12,43, 13,8 и 7,66% соответственно (p<0,05).

Наблюдались существенные сдвиги и в физическом компоненте. РФФ повысилось на 8% и составило 86,54±25,55 балла (p=0,023). Оценка критерия интенсивности боли увеличилась на 10,3% (78,87±23,35 балла, p=0,048). Общее состояние здоровья улучшилось на 9,9% и достигло величины 68,33±14,61 балла (p=0,002). Санаторно-курортное лечение оказало существенное влияние на КЖ пациентов. За 10—15 дней лечения значительно улучшились показатели физического и душевного здоровья: уменьшилась интенсивность боли, увеличилась переносимость физических нагрузок. Респонденты чувствовали себя отдохнувшими, что улучшило эмоциональный фон. Значительно возросла оценка своего здоровья в целом. Наряду с природными факторами благоприятное воздействие на здоровье оказали дополнительные физические процедуры, используемые для лечения больных, в условиях санатория.

Вывод. Пациенты с заболеваниями органов дыхания (БА и ХОБЛ), поступившие на санаторно-курортное лечение, оценивали качество своей жизни ниже среднего уровня в основном за счет шкалы жизненной активности, психического здоровья и общего состояния здоровья. После санаторно-курортного лечения КЖ значительно повысилось преимущественно за счет суммарного психологического компонента, снижения интенсивности боли и повышения толерантности к физическим нагрузкам.

ЮБК является уникальным регионом, где сочетаются различные природные факторы (горы, море, хвойные леса и солнечная инсоляция без резких перепадов температуры), которые положительно влияют на КЖ пациентов и делают эту область привлекательной для лечения больных с различными хроническими заболеваниями, в том числе с патологией органов дыхания.

* * *

СУММА МАКРОКОМПОНЕНТОВ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Львова Н.В. (n_lvova@bk.ru), Адилов В.Б., Тупицына Ю.Ю., Уянаева А.И., Морозова Е.Ю.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Изучение дозозависимых эффектов в бальнеотерапии не утратило своей актуальности.

Цель исследования — проведение количественного сопоставления регистрируемых эффектов бальнеотерапии у пациентов с сердечно-сосудистой патологией с вызвавшей их дозой воздействия, обусловленной уровнем минерализации применяемой воды бальнеотерапевтического назначения.

Обследованы 86 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) — стабильная стенокардия 1—2 ФК, ассоциированная с гипертонической болезнью (ГБ) I—II ст. и 81 — с ГБ в сочетании с различными неврологическими проявлениями остеохондроза позво-

ночника (ОХП). Проведено исследование гемодинамики методом ЭхоКГ, суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ), физической работоспособности (велоэргометрия), ультразвуковой допплерографии (УЗДГ). Метод лечения — хлоридные натриевые ванны 20 и 40 г/л, 10—15 мин, 10—12 ванн на курс.

Показано, что у пациентов с ИБС, ассоциированной с ГБ, при повышении концентрации хлоридных натриевых ванн до 40 г/л возрастала частота гипотензивного эффекта, больше снижалось периферическое сопротивление, увеличивался ударный и сердечный индекс, улучшалась сократимость миокарда (увеличивалась фракция выброса и уменьшался конечный систолический размер), повышалась физическая работоспособность и уменьшались клинические проявления коронарной недостаточности, объективированные СМЭКГ (уменьшилось количество эпизодов болевой и «немой» ишемии миокарда).

У пациентов с ГБ в сочетании с ОХП выявлены преимущества хлоридных натриевых ванн 40 г/л во влиянии на мозговое кровообращение (по данным УЗДГ, улучшался кровоток по сонным и позвоночным артериям и венозный отток в вертебрально-базилярном бассейне), на увеличение толерантности к физической нагрузке и объема выполненной работы (по данным велоэргометрии), на регресс неврологических проявлений рефлекторных и корешковых синдромов ОХП различного уровня, в основном, при слабовыраженных болевых синдромах. Однако при 40 г/л у пациентов с ГБ с гиперсимпатикотонией и выраженной лабильность АД в процессе бальнеотерапии несколько чаще возникали нежелательные эффекты (повышение АД, тахикардия, кардиалгии).

Известно, что природные углекислые и сероводородные воды имеют различную общую минерализацию (которая определяется наличием солей — хлористого натрия, кальция, магния) от 1 до 25 г/л и от 2 до 270 г/л соответственно, в то время как показания и противопоказания определены без учета минерализации этих вод.

Изучено влияние искусственных углекислых вод с содержанием углекислоты 1,2 г/л, приготовленных на основе хлоридной натриевой воды минерализации 10 и 20 г/л, а также сероводородных вод с содержанием сероводорода 100 мг/л при минерализации 10 и 20 г/л на состояние больных ИБС со стабильной стенокардией 1—II ФК в сочетании с ГБ I—II ст. (по 20 больных в каждой группе).

Установлено, что углекислые ванны, приготовленные на хлоридной натриевой основе, являются эффективным методом лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями — ИБС и ГБ, приводя к снижению повышенного АД у этих больных, урежению приступов стабильной стенокардии 1—2 ФК, повышению толерантности к физической нагрузке, экономизации работы сердца. Кроме того, углекислые ванны при более высокой общей минерализации (20 г/л) оказывают более выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие при сопутствующей патологии органов опоры и движения.

При бальнеотерапии сероводородными ваннами 100 мг/л разная минерализация воды, используемая для приготовления сероводородных ванн, мало влияет на эффективность лечения больных ИБС, ГБ, в том числе и в сочетании с болезнями позвоночника и суставов, на изменение периферической гемодинамики.

* * *

АКТУАЛЬНОСТЬ СТРАТЕГИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСА ЕВПАТОРИЙСКОГО КУРОРТА

Любчик В.Н. (veralyubchik@gmail.com)

ГБУ Министерства здравоохранения Республики Крым «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория

Согласно Федеральному закону «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» от 01.03.95, «Курорт — освоенная и используемая в лечебно-профилактических целях особо охраняемая природная территория, располагающая природными лечебными ресурсами и необходимыми для их эксплуатации зданиями и сооружениями, включая объекты инфраструктуры». Согласно указанному закону, округ санитарной охраны — особо охраняемая природная территория с установленным режимом хозяйственной деятельности, проживания, природопользования, обеспечивающим защиту и сохранение природных лечебных ресурсов и лечебно-оздоровительной местности с прилегающими к ней участками от загрязнения и преждевременного истощения.

Лечебные пляжи и примыкающая к ним полоса побережья (не менее 100 м от уреза воды по суше и не менее 300 м от уреза воды по акватории водного объекта) в соответствии с «Положением о курортах» относятся к I зоне санитарной охраны курорта, в которой запрещается строительство объектов, не связанных с эксплуатацией пляжей и обслуживанием пациентов.

Для успешного развития санаторно-курортного лечения и оздоровительного туризма (медицинского и туристического кластеров) Евпатории необходимо признание Уставом города статуса города-курорта с определением стратегии региональной программы (включающей экологические аспекты сохранения грязевых месторождений) по развитию комплекса санаторно-курортной помощи и туристических услуг.

* * *

БЛИЖАЙШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В УСЛОВИЯХ ЕВПАТОРИЙСКОГО КУРОРТА

Любчик В.Н. (veralyubchik@gmail.com), Курганова А.В. (kurganoval@mail.ru), Семеняк Е.Г. (kurganovael43@mail.ru)

ГБУ Министерства здравоохранения Республики Крым «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория

Для уточнения реабилитационного прогноза у детей с пролапсом митрального клапана необходимо определение у них реабилитационного потенциала.

Цель исследования — определить ближайшую медицинскую результативность санаторно-курортного этапа у детей с пролапсом митрального клапана (ПМК) с различным уровнем реабилитационного потенциала.

Материал и методы. Обследованы 47 детей с ПМК (27 девочек, 20 мальчиков), средний возраст детей 12,0±0,5 года. Дети получали щадяще-тонизирующий климатический и двигательный режим с проведением лечебной ходьбы, ЛФК, массаж воротниковой области, при наличии хронических заболеваний ЛОР-органов — гальваногрязелечение подчелюстной области (№10), по показаниям — хлоридные натриевые ванны (10 г/л, №8). Реабилитационный потенциал определяли с учетом данных физического состояния, функциональных резервов («двойного произведения», жизненного индекса), показателей вегетативной регуляции (по данным спектрального анализа ритма сердца), ЭКГ, велоэргометрии, периферической гемодинамики, данных симпатоадреналовой системы (по уровню адреналина мочи). По 5-балльной оценке определяли ближайшую медицинскую результативность. У детей с хорошим уровнем реабилитационного потенциала она составила — 0,86, у детей с пониженным потенциалом — 0,77; разница в 11,6% имеет значение для уточнения реабилитационного прогноза.

* * *

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕЦИИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Лямина Н.П.[1] (lyana_n@mail.ru; +7(915)208-5258), Лямина С.В.[2] (svlvs@mail.ru; +7(915)208-5258)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [2]ФГБОУ ВО «Московский государственный медицинский стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва

Высокая распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди лиц молодого возраста определяет необходимость в проведении мероприятий по коррекции модифицируемых факторов риска, что в свою очередь является надежным методом профилактики ССЗ и их осложнений.

Цель исследования — оценить влияние длительных контролируемых физических тренировок умеренной интенсивности на модифицируемые факторы риска у лиц молодого возраста. Под наблюдением находились 67 человек молодого возраста (18—35 лет), имеющих факторы риска ССЗ (курение, гиподинамию, дислипидемию, АГ I степени), которым даны врачебные рекомендации по коррекции образа жизни: низкосолевая диета, комплексное изменение режима питания, отказ от вредных привычек, снижение массы тела, увеличение физических нагрузок. Все пациенты были рандомизированы на две группы: в 1-й группе (n=36, средний возраст 32,8±7,8 года, САД 148,7±6,1 мм рт.ст., ДАД 89,9±5,8 мм рт.ст.) проводился мониторинг АД и немедикаментозные мероприятия, во 2-й группе (n=31 средний возраст 31,9±6,6 года, САД 144,2±7,2 мм рт.ст. и ДАД 88,1±3,8 мм рт.ст.) пациентам дополнительно проводили курс контролируемых физических тренировок умеренной интенсивности (60% от толерантности к физической нагрузке) 4—5 раз в неделю на велотренажере в течение 3 мес. Пациентам исходно и через 3 мес проводили ЭКГ, ДопЭхоКГ, тредмил-тест, СМАД, антропометрическое исследование с вычислением индекса массы тела (ИМТ), определяли липидный спектр крови, уровень глюкозы, оценивался объем курения и количество. Исходно пациенты 1-й и 2-й группы были сравнимы по клинико-демографическим и лабораторным характеристикам.

У пациентов 1-й группы через 3 мес наблюдения отмечалось понижение САД на 6,8±0,91 мм рт.ст. и ДАД на 2,6±0,63 мм рт.ст., целевой уровень АД был достигнут у 27,8% (10 человек), остальным пациентам была назначена медикаментозная терапия, ИМТ в среднем по группе снизился на 0,11±0,06. При анализе липидного спектра крови у пациентов 1-й группы отмечалось снижение только уровня общего холестерина на 0,3±0,08 ммол/л.

У пациентов 2-й группы после курса в течение 3 мес контролируемых физических тренировок умеренной интенсивности отмечалось снижение САД на 11,4±1,49 мм рт.ст. и ДАД на 6,4±0,91 мм рт.ст., целевой уровень АД удалось достичь у 48,3% (15 человек), т.е. почти у половины пациентов. ИМТ в среднем по 2-й группе снизился на 0,28±0,13. При анализе липидного спектра крови у пациентов 2-й группы отмечалось снижение уровня общего холестерина на 0,8±0,09 ммол/л, уровня ЛПНП на 0,2±0,09 ммол/л.

Во всех группах достоверно улучшились показатели качества жизни по шкалам физического и социального функционирования и общественного

здоровья, и особенно значимо у пациентов 2-й группы.

Таким образом, дозированные контролируемые физические тренировки умеренной интенсивности длительностью 3 мес дают выраженный положительный эффект у лиц молодого возраста с АГ I степени: способствуют нормализации артериального давления и улучшают метаболический профиль.

* * *

ХЛЕБОБУЛОЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ ГИПОКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЫ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Лямина Н.П.[1] (lyana_n@mail.ru; +7(915)208-5258), Неповинных Н.В.[2] (nnepovinnykh@yandex.ru; +7(917)209-3094), Куценкова В.С.[2] (vasilissakutsenkova@yandex.ru; +7(927)115-6601)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [2]ФГБОУ ВО «Саратовский ГАУ им. Н.И. Вавилова», Саратов

Цель исследования — определение эффективности диетотерапии у лиц с избыточной массой тела в возрасте 18—29 лет с добавлением в рацион хлебобулочного изделия «Омега+» на основе муки 2-го сорта с цельносмолотыми семенами и маслом сафлора, являющихся источником полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), растительного белка, макро- и микроэлементов.

В исследовании приняли участие лица мужского пола с избыточной массой тела в возрасте 18—29 лет. Основную группу составили 16 лиц, ежедневно получавших в рационе лечебного питания (1551,1±94,7 ккал/сут) 250 г хлебобулочного изделия «Омега+». Группу контроля составили 15 лиц, пользовавшихся в питании стандартным гипокалорийным (согласно приказу Минздрава России №395н от 21.06.13, 1570,4±98,3 ккал/сут) рационом. В основной группе диетотерапия лиц с соблюдением режима и характера питания сочеталась с комплексом умеренных физических нагрузок на тренажерах, не менее 5 раз в нед с продолжительностью ежедневного занятия 30—40 мин. Переносимость гипокалорийной диеты, включающей хлебобулочное изделие «Омега+» и умеренных физических нагрузок была удовлетворительной.

Всем участвующим в исследовании лицам при включении в исследование и в течение 1 мес проводили комплексное обследование, согласно существующим рекомендациям по диагностике и ведению пациентов с избыточной массой тела.

Установлено, что через 30 дней наблюдения у лиц основной группы индекс массы тела (ИМТ) снизился с 27,7 до 26,5 кг/м^2, отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) снизилось с 0,94 до 0,90 (p<0,3), у лиц контрольной группы эти показатели не изменились. В процессе месячного курса диетотерапии не только снижалась масса тела у лиц в основной группе, но и менялся их вегетативный статус, улучшилась переносимость физических нагрузок. Анализ ЭКГ, исследований показал уменьшение ЧСС с 85±6,3 до 80±5,2 уд/мин (p<0,3) у пациентов основной группы, уменьшились среднесуточные показатели как систолического, так и диастолического АД (с 131/86 мм рт.ст. до 126/83 мм рт.ст.) и вариабельность систолического АД по данным суточного мониторинга АД, тогда как в контрольной группе изменений ЧСС и АД в течение 30 дней наблюдения не регистрировалось.

Результаты исследования показали, что хлебобулочное изделие «Омега+» в составе стандартизированной гипокалорийной диеты является хорошим алиментарным средством повышения эффективности лечебного питания у людей с избыточной массой тела, что свидетельствует о правильном сочетании принципов здорового питания и умеренных физических нагрузок у лиц молодого возраста, способствуя снижению индекса массы тела и стабилизации гемодинамических показателей.

Эффективность употребления в диетотерапии хлебобулочного изделия «Омега+» обусловлена пищевым составом продукта: отсутствием в продукте насыщенных жиров, содержанием ПНЖК, пищевых волокон, витаминов, макро и микроэлементов.

Таким образом, результаты проведенных исследования позволяют рекомендовать употребление хлебобулочного изделия «Омега +» в питании пациентов с избыточной массой тела и выполняющих умеренные физические нагрузки в возрасте 18—29 лет.

Исследования выполнены при поддержке гранта Президента РФ для молодых российских ученых (№МД-2464.2018.8).

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЛКОВОГО КИСЛОРОДНОГО КОКТЕЙЛЯ В ДИЕТОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Лямина Н.П.[1] (lyana_n@mail.ru; +7(915)208-5258), Неповинных Н.В.[2] (nnepovinnykh@yandex.ru; +7(917)209-3094), Семина А.И.[2] (alisia1991@rambler.ru; +7(953)977-0766)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва; [2]ФГБОУ ВО «Саратовский ГАУ им. Н.И. Вавилова», Саратов

Диетотерапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы является важным и эффективным методом комплексной терапии. Клиническими исследованиями доказано, что энтеральная оксигенотерапия в виде приема кислородных коктейлей, мо-

жет успешно применяться в лечении и профилактике пациентов с различными заболеваниями.

Цель исследования — оценка возможности применения нового кислородного коктейля с повышенным содержанием белка в поддерживающей диетотерапии кардиологических пациентов. Новая формула кислородсодержащего продукта предполагает использование в рецептуре молочной сыворотки, осветленного плодово-ягодного сока, высокоэтерифицированного пектина и гидролизата белков подсырной сыворотки, отличающегося значительной глубиной гидролиза — около 60%; его применение для лечения и реабилитации больных с различной степенью белково-энергетической недостаточности прошло клинические испытания в медицинских учреждениях.

В локальное открытое проспективное исследование были включены 30 пациентов (17 мужчин и 13 женщин) в возрасте 60—75 лет, удовлетворяющих следующим критериям: пациенты с хронической сердечной недостаточностью I—II А стадии I—II функциональных классов, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении, не имеющих противопоказаний к энтеральной оксигенотерапии и подписавших информированное согласие на исследование. Стандартная терапия с учетом клинического статуса пациента включала кардиопротективные препараты, диуретики и сопутствующую терапию (ферментные препараты). В качестве диетотерапии пациенты получали основной вариант диеты со сниженным содержанием поваренной соли (диета №10).

При назначении пациентам белкового кислородного коктейля учитывали стадию заболевания, степень выраженности нарушений кровообращения, состояние пищеварения, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений.

Применение в ежедневном рационе 250 мл белкового кислородного коктейля, приготовленного из 100 г белково-углеводной основы, обеспечивает поступление 4,53% от рекомендуемого уровня суточного потребления белка, 1,64% — усвояемых углеводов, 0,24% — жира.

По результатам клинических исследований у 90% пациентов были отмечены: снижение утомляемости; уменьшение отеков, одышки и эмоциональной лабильности; увеличение физической работоспособности; повышение настроения; уменьшение побочных явлений и реакций от приема медикаментозной терапии; улучшение метаболических процессов; нормализация процесса пищеварения и улучшение аппетита.

Прием белкового кислородного коктейля не приводил к возникновению симптомов аллергических реакций на молочный белок и повышению уровня глюкозы в крови, альбуминурии. К концу периода наблюдения, согласно результатам опроса, психоэмоциональное состояние пациентов улучшилось.

Таким образом, применение белкового кислородного коктейля на фоне диетотерапии в комплексе с медикаментозной терапией может использоваться при реабилитации пациентов кардиологического профиля в медицинских организациях, стационарах, поликлиниках, санаториях.

Исследования выполнены при поддержке гранта Президента РФ для молодых российских ученых (№МД-2464.2018.8).

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ХРОМОТЕРАПИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Лян Н.А.[1, 2], Хан М.А.[1, 2], Рассулова М.А.[1], Филатова Т.А.[3], Калиновская И.И.[4] (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы»; [2]ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России; [3]ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы»; [4]ГБУЗ «Детский бронхолегочный санаторий №15 Департамента здравоохранения Москвы», Москва

В настоящее время научно обоснован широкий спектр технологий медицинской реабилитации детей с бронхиальной астмой. Вместе с тем отсутствуют исследования о роли монохроматического поляризованного света (селективной хромотерапии) при бронхиальной астме у детей. Данные о противоотечном, спазмолитическом действии видимого света зеленого спектра, благоприятном влиянии на вегетативную регуляцию, психоэмоциональный статус детей явились основанием для применения селективной хромотерапии (монохроматический поляризованный свет зеленого диапазона) в медицинской реабилитации детей с бронхиальной астмой.

Эффективность метода оценивалась у 60 детей в возрасте 6—15 лет, страдающих бронхиальной астмой среднетяжелого течения, находящихся в периоде неполной ремиссии (30 детей — основная группа — селективная хромотерапия, санаторный режим; 30 детей — группа сравнения, не получали физиотерапию).

В ответ на курсовое воздействие селективной хромотерапии зеленого спектра была выявлена положительная динамика основных клинических симптомов бронхиальной астмы: после 5-й процедуры продуктивность кашля увеличилась у половины детей, к концу курса лечения у всех детей кашель исчез, в те же сроки отмечались благоприятные изменения аускультативной картины. Показатели компьютерной флоуметрии у детей, имевших нарушения

бронхиальной проходимости, нормализовались. Отмечалось достоверное повышение скоростных показателей по данным кривой «поток-объем», преимущественно на уровне периферических бронхов, что особенно важно для бронхиальной астмы. Пикфлоуметрия выявила достоверное увеличение средних значений пиковой скорости выдоха уже после третьей процедуры.

По данным кардиоинтервалографии регистрировалась нормализация как повышенных, так и пониженных показателей исходного вегетативного статуса. Анализ результатов психологического тестирования показал благоприятное влияние монохроматического поляризованного света зеленого спектра на показатели психологического статуса у детей с бронхиальной астмой. Более значимый результат наблюдался у детей, имевших повышенный уровень тревожности и эмоциональной лабильности.

Предложенный новый метод медицинской реабилитации детей с бронхиальной астмой оказывает положительное влияние на вегетативную нервную систему, уменьшая дисфункцию, на гипервентиляционные нарушения, вследствие снижения тонуса симпатического отдела вегетативной нервной, способствуя уменьшению бронхиальной гиперреактивности, и психоэмоциональный статус таких детей.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ИМПУЛЬСНОЙ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Лян Н.А.[1, 2], Хан М.А.[1, 2], Рассулова М.А.[1], Калиновская И.И.[3] (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы»; [2]ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Известно, что длительное хроническое заболевание обусловливает задержку эмоционального развития, эмоциональную незрелость, способствует формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в себе. Страх удушья формирует тревожность, чувство отверженности, подкрепляемое переживаниями своего отличия от сверстников. В последнее время значительный интерес исследователей обращен на изучение психологических факторов, оказывающих существенное влияние на течение бронхиальной астмы у детей. Данные о противоотечном, противовоспалительном и седативном действии магнитотерапии явились основанием для применения импульсной низкочастотной магнитотерапии от аппарата Алмаг+ у детей с бронхиальной астмой.

Клинические наблюдения и специальные исследования в динамике были проведены у 80 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 5 до 15 лет.

В ответ на курсовое воздействие магнитотерапии была выявлена положительная динамика основных клинических симптомов бронхиальной астмы. Так, под влиянием магнитотерапии уже к 4-й процедуре отмечалось снижение частоты кашля у 42,8% детей, после 5-й процедуры положительная динамика данного симптома стала более отчетливой — продуктивность кашля увеличилась у половины детей, к концу курса лечения у всех детей кашель исчез. Под воздействием комплексного лечения с включением магнитотерапии от аппарата Алмаг+ показатели компьютерной флоуметрии у детей, имевших нарушения бронхиальной проходимости, нормализовались. Пикфлоуметрия, проводимая ежедневно до и после процедуры магнитотерапии, выявила достоверное увеличение средних значений этого показателя уже после третьей процедуры, к концу курса лечения положительная динамика стала более значимой и достоверной. Анализ результатов психологического тестирования показал благоприятное влияние магнитотерапии на показатели психологического статуса у детей с бронхиальной астмой. На фоне лечения у 89,9% детей в возрасте 4—7 лет индекс тревожности снизился с высокого (73,6±2,60%) уровня, свидетельствующего о недостаточной эмоциональной приспособленности ребенка к тем или иным социальным ситуациям, до среднего уровня (47,6±2,67%, $p<0,05$). У детей 8—12 лет проведенное тестирование показало, что на фоне лечения у 91,3% детей уровень тревожности снизился, из них у 88,4% детей он достиг нормальных возрастных показателей (с 7,9±2,92 до 5,4±2,89 стены). У детей старшего возраста положительная динамика индекса тревоги отмечалась у 89,8% детей (с 5,25±1,45 до 1,05±1,02, $p<0,05$). Более значимый результат наблюдался у детей, имевших повышенный уровень тревожности и эмоциональной лабильности.

Результаты проведенного исследования явились основанием для разработки дифференцированных показаний для применения импульсной низкочастотной магнитотерапии от аппарата Алмаг+ у детей с бронхиальной астмой.

* * *

ПРОДВИЖЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Мазитов Ф.Х., Гильмутдинова Л.Т., Зайнуллин Т.Р.

ООО Санаторий «Красноусольск», Республика Башкортостан

Улучшение социальных условий порождает новые потребительские запросы в развитии социаль-

ных групп населения. Постоянное увеличение в возрастном составе населения вызывает развитие услуг в области здравоохранения. В условиях реформирования бюджетного здравоохранения все большую значимость приобретает сектор платной медицинской услуги (МУ). Увеличение количества игроков на рынке платной МУ и усиление в связи с этим конкуренции побуждают медицинские центры к разработке и реализации маркетинговой стратегии. Формирования и профессионального маркетингового представления МУ, установления приемлемой цены и обеспечения доступа к получению услуги недостаточно для успешных продаж. Продвижение МУ требует тщательного отбора и грамотного представления информации о них. Формируется общая программа маркетинговых коммуникаций — комплекс продвижения, представляющий собой определенное сочетание средств рекламы, личных продаж, стимулирования сбыта и PR.

Санаторно-курортные учреждения (СКУ) должны разрабатывать отдельные программы коммуникации для каждого рыночного сегмента, для каждой целевой группы и для каждого отдельного потребителя.

При выборе формы обращения необходимо учитывать следующие факторы:

— обращение должно представлять практическую ценность для целевой аудитории;

— обращение должно содержать новую информацию об услуге, в этом случае вероятность привлечь внимание потребителя выше;

— обращение должно воздействовать на сознание потребителя.

Сила воздействия, убедительность обращения зависит от восприятия аудиторией его отправителя. Необходимо обеспечить достоверность источника сообщения и привлекательность коммуникатора. Ссылка на статус СКУ, мнение признанных специалистов или известных пациентов существенно снизят уровень воспринимаемого риска.

В сфере здравоохранения используются следующие виды рекламы:

— информативная реклама применяется при выводе услуги на рынок;

— убеждающая реклама используется по мере роста конкурентной борьбы, ее целью является формирование избирательного спроса;

— напоминающая реклама используется для поддержания осведомленности об услуги.

Рекламные средства применимы для продвижения только массовых, известных потребителю МУ, мотивы, приобретения которых носят явный характер. В противном случае реклама не приносит желаемого результата. Кроме того, МУ, потенциально опасные для жизни и здоровья, имеют заведомо высокий уровень воспринимаемого риска, поэтому для их продвижения реклама применяться не может.

Деятельность по стимулированию сбыта, направлена на укрепление позиций МУ на рынке, а также на создание долговременных отношений с потребителями и, как правило, сочетается с рекламой и личными продажами. Мероприятия по стимулированию сбыта необходимо рекламировать, т.к. они вызывают интерес потребителей. Это особенно актуально для сферы здравоохранения, поскольку в данной области больше всего предпосылок для формирования долгосрочных лояльных отношений между СКУ и потребителем МУ, между врачом и пациентом. Известно, что если врач меняет место работы, то с ним из медицинского учреждения «уходит» большая часть пациентов.

* * *

КРАСНОУСОЛЬСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Мазитов Ф.Х., Гильмутдинова Л.Т., Кульманова В.Ф.

ООО Санаторий «Красноусольск», Республика Башкортостан

Общеизвестно, что употребление воды перед каждым приемом пищи способствует потере массы тела. Адекватное питье способствует дополнительной потере массы тела: за 12 нед по 500 мл воды перед едой — это «плюс» 44% к снижению массы тела от диеты. Регулярное питье по 10 мл/кг массы тела холодной воды дает в год потерю 1,2 кг массы тела за счет увеличения расхода энергии в покое.

Включение в питьевой режим лечебной минеральной воды оказывает значительное действие на организм человека, в отличие от пресной воды.

Минеральная вода источника №12 санатория «Красноусольск» известна своими положительными эффектами влияния на обменные процессы. Это: противовоспалительное (за счет уменьшения проницаемости клеточных мембран катионами кальция и магния), послабляющее (анионы хлора), мочегонное, спазмолитическое действие; активация процессов желчеобразования и желчевыделения (анионы сульфата); улучшение обмена веществ (особенно углеводного — уменьшение гипергликемии и повышение толерантности к углеводам); усиление перистальтики кишечника (и, как следствие — повышение энергозатрат организма и уменьшение всасывания пищевых веществ в кишечнике (анионы сульфата); активация функции щитовидной железы. Все вышеперечисленные эффекты способствуют повышению активности обменных процессов в организме, чем и объясняется значительная потеря «лишних килограммов» за короткий промежуток времени.

Для участников программы «7 шагов к молодости» мы использовали следующий питьевой режим для участников:

1) источник №12 по 200 мл на прием за 40 мин до еды 3 раза в день. Температуру воды определяли в зависимости от характера болезни и фазы ее развития. Больным с хроническими заболеваниями пищеварительного тракта применяли теплую воду 30—38 °С;

2) обычную столовую воду участники выпивали за 5 мин до еды по 200 мл 3 раза в день.

Остальное количество воды рекомендовалось выпивать по ощущениям и в зависимости от массы тела, в среднем 1500 мл в сутки.

Под наблюдением находились 45 участников программы. Изучены показатели липидного, углеводного обмена у участников с избыточной массой тела и ожирением на фоне приема источника №12. На фоне приема красноусольских минеральных вод источника №12 наблюдалось уменьшение уровня общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), нормализация гликемической кривой. Средняя потеря массы тела при данном питьевом режиме составила: 2,7±0,4 кг.

Таким образом, прием минеральной воды источника №12 способствует нормализации углеводного, липидного обменов. А активация функции щитовидной железы, повышение энергозатрат организма, желчегонное и противовоспалительные эффекты позволяют добиться положительных результатов за короткое время в процессе санаторного лечения ожирения.

* * *

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ПРИЕМА В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Мазитов Ф.Х., Гильмутдинова Л.Т., Павлова С.Ю.

ООО Санаторий «Красноусольск», Республика Башкортостан

Первичный прием должен осуществляться не позднее 1 сут после прибытия в санаторий.

На приеме у врача уточняется диагноз, назначается дообследование, вырабатывается план лечения. За исполнением назначений врача следит медицинская сестра, за которой закреплен данный участок отделения. Последующие приемы проводятся лечащим врачом по мере необходимости, но не реже 1 раза в 5 дней.

Принципы организации лечебной работы санатория: тесная связь с предшествующим лечением в стационаре/поликлинике, наиболее эффективный заключительный этап медицинской реабилитации, предварительное обследование больных с установлением точного диагноза для максимально раннего начала курортной терапии, наличие необходимой лечебно-диагностической базы, специалистов определенного профиля и комплекса лечебных мероприятий, которые соответствуют медицинскому профилю санатория, профилактическая направленность курортной медицины.

Организацию лечения в санатории условно разделяют на 3 периода:

1 — период адаптации (3—5 дней), характеризуется приспособлением отдыхающего к климатической зоне. В этот период осуществляется необходимое дополнительное обследование больных, процедуры курортной терапии назначают по слабым и умеренным режимам;

2 — активного лечения (12—19 дней) — проводят лечебно-оздоровительные мероприятия в полном объеме по умеренным и интенсивным режимам.

В заключительный период оценивают результаты лечения и определяют рекомендации по дальнейшему врачебному наблюдению/продолжению лечения. Проведение всех лечебно-оздоровительных мероприятий осуществляют по трем режимам возрастающей интенсивности — щадящему, тонизирующему и тренирующему.

Оценку результатов проведенного лечения проводят по критериям эффективности санаторно-курортного лечения. Они учитывают субъективные и объективные показатели состояния здоровья больного с указанием определенной степени, динамику основных симптомов данного заболевания. Критерии оценки имеют три градации: улучшение, без изменений, ухудшение.

Прием доктора (напр.).

Первичный прием — регламент — 15 мин.

Первые фразы должны быть несложными, нейтральными, подстройка доктора под стиль гостя, оптимистичный, позитивный диалог. Выяснение терапевтических запросов гостя.

Задавайте вопросы вежливо и заинтересованно, а не автоматически. Умейте слушать, слышать и показать, что Вы поняли сказанное и это важно и интересно для Вас. Не отвлекайтесь на посторонние разговоры и дела.

Формировать у гостей уважительное отношение к организации — производителю медицинских услуг.

Повторный прием врача — 10 мин.

Контроль во время лечения — 5 мин.

Стандарт приема дежурного врача во время вечернего заезда гостя (напр.).

При первичном обращении в день заезда стандарт взаимодействия доктора и гостя предполагает выяснение причин визита: Ф.И.О. гостя, возраст, корпус проживания, срок пребывания, жалобы.

Измерить давление, пульс, задать вопрос о патологиях, наследственных факторах, хронических заболеваниях. После этого назначается лечение для снятия симптомов на данный момент, в зависимости от состояния здоровья.

Обязательно нужно успокоить и рассказать о возможном комплексном приеме процедур и медицинских услуг для качественного оздоровления и восстановительного лечения.

* * *

ЗНАЧЕНИЕ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ САНАТОРИЯ «КРАСНОУСОЛЬСК» В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Мазитов Ф.Х., Гильмутдинова Л.Т., Павлова С.Ю.

ООО Санаторий «Красноусольск», Республика Башкортостан

Ингаляционная терапия в санатории «Красноусольск» применяется для лечения и профилактики целого ряда заболеваний. Местные минеральные источники, знаменитые своим уникальным составом, являются основным природным лечебным фактором, использующимся для лечения органов дыхания в санатории «Красноусольск». Радон, содержащийся в минеральной воде, всасываясь через слизистые оболочки дыхательных путей, оказывают местное и общее воздействие. Прежде всего, происходит раздражение слизистых, их нервных рецепторов и образование в них биологически активных веществ типа гистамина, серотонина, ацетилхолина, влияющих на проницаемость клеточных мембран и тонус сосудов. Происходит расширение капилляров, усиливается кровоснабжение слизистых. Под воздействием газов на центр дыхания рефлекторно замедляется ритм сердечных сокращений. Дыхание становится глубже, ровнее, удлиняется выдох, увеличивается использование тканями кислорода, активизируются окислительно-восстановительные процессы. Объективно при этом к концу лечения, а у некоторых и к середине, наблюдается влажная, чистая слизистая оболочка верхних дыхательных путей с различной степенью активной гиперемии (бальнеологическая реакция), которая способствует усилению регенеративных процессов, улучшает трофику тканей. Ингаляции минеральной водой показаны при проблемах ЛОР-органов: ринитах, фарингитах, тонзиллитах, синуситах, а также воздухоносных путей — бронхитах, трахеитах. Ингаляции являются действенной терапией ЛОР-органов и патологии дыхательных путей в санатории «Красноусольск». Их эффективность заключается в оздоравливающем воздействии на эпителий и устранении воспаления слизистой. Противопоказаниями для проведения ингаляций являются: повышение температуры тела, приступ бронхиальной астмы, тяжелые проблемы с сердцем и вестибулярным аппаратом, онкология, туберкулез, носовые кровотечения.

Цель исследования — изучение эффективности применения минерального источника №11 санатория «Красноусольск» для лечения заболеваний органов дыхания, в виде ингаляций.

В исследовании принимали участие 148 пациентов (78 женщин и 70 мужчин) в возрасте от 20 до 50 лет, находившихся на лечении в санатории «Красноусольск» в 2018 г. в качестве контроля были обследованы 52 здоровых пациента без подтвержденных заболеваний дыхательных путей. В качестве фактора воздействия использовали Красноусольскую минеральную воду источника №11. Использовалась стандартная методика ингаляционного лечения — ежедневно по 5 мин в течении 10—14 дней. Источник №11 характеризуется хлоридно-натриевым составом, средней минерализацией; слаборадоновой, слабощелочной реакцией среды. Минерализация составляет 8,4—9,72 г/дм^3. Состав представлен следующим составом: CL — 91 мг-экв%, SO 4—6 мг-экв%, HCO3 — 3 мг-экв%, Na+K — 88 мг-экв%, Ca — 8 мг-экв%, Mg — 4 мг-экв%, Br — 0,1 мг-экв%, радон 16—20 Нku/дм^3, органические вещества — 4,9 мг/дм^3, ph — 7,34.

Вывод. У 98% обследованных пациентов курсовое лечение ингаляциями минеральным источником №11 в санатории «Красноусольск» способствовал улучшению состояния пациентов: значительно уменьшилась заложенность носа при дыхании, уменьшилось чувство сухости слизистых, улучшился сон, улучшилось качество жизни. В контрольной группе видимых изменений в состоянии дыхательной системы не наблюдалось, но через 6 мес в обеих исследуемых группах отмечено сохранение полученных в результате курса лечения эффектов: отсутствие заболеваний простудного и вирусного характера за весь период. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение минерального источника №11 санатория «Красноусольск» в виде ингаляций для лечения и профилактики заболеваний дыхательных путей инфекционного и вирусного характера.

* * *

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛФК В ООО САНАТОРИЙ «КРАСНОУСОЛЬСК»

Мазитов Ф.Х., Гильмутдинова Л.Т., Фаизова Л.М., Павлова С.Ю., Зайнуллин Т.Р.

ООО Санаторий «Красноусольск», Республика Башкортостан

В основе санаторно-курортного лечения лежит санаторный режим, обеспечивающий правильный образ жизни больных в течение курса лечения и предусматривающий рациональный распорядок дня, и контроль за его выполнением. Важнейшими элементами санаторного режима являются режим движений и питания, сочетание активных средств лечебной физической культуры с пассивным отдыхом.

В процессе санаторно-курортного лечения больные подвергаются разностороннему воздействию факторов внешней среды. Комплексное влияние этих факторов, правильно организованных и использованных в рамках рационального режима, обеспечивает задачи восстановительной терапии, профилактики и отдыха больных в санатории «Красноусольск».

В условиях санаторно-курортного лечения на больного, помимо специфических средств курорта (минеральные ванны, грязь, питье вод и др.), активное и сильное влияние оказывает объединенный комплекс — солнце, воздух, вода и движение. Объедине-

ние в единый комплекс действующих на больного в различных сочетаниях (в зависимости от показаний и сезона) естественных факторов природы и движения (упражнения, тренировки) является основой восстановления общей трудоспособности больного.

Значение активного режима в нашем санатории с широким использованием средств лечебной физической культуры следует также рассматривать в связи с тем, что он в состоянии компенсировать гипокинезию и минимизировать патологические изменения в организме вследствие ее воздействия. Переключение больного на иные нервно-психические восприятия окружающей обстановки наиболее целесообразно и имеет место при осуществлении различных элементов активного режима (прогулки, терренкур, туризм, лыжи и пр.).

Активный режим вызывает различные положительные эмоции, смену впечатлений, переключает внимание больного и способствует вытеснению из подсознательной сферы отрицательных эмоций. Влияние активного режима сказывается в появлении у больного чувства удовлетворенности в результате проделанной мышечной работы. Активный режим укрепляет волю больного, уверенность в своих силах, оказывает психотерапевтическое влияние, развивает функциональную адаптацию организма к тем физическим нагрузкам.

В нашем санатории основными элементами активного санаторного режима являются средства лечебной физической культуры, которые используются в различных вариантах: гигиеническая и лечебная гимнастика, прогулки, терренкур, скандинавская ходьба, пешеходные и другие виды экскурсий, подвижные и спортивные игры (волейбол, баскетбол, большой и настольный теннис, футбол, гольф и др.), плавание, прогулки на лыжах, катание на коньках, танцевальные вечера.

Принимая во внимание особенности влияния на больных бальнеотерапевтических факторов (сероводородных, минеральных ванн) следует отметить, что лечебная физическая культура, применяемая в сочетании с ними, способна усилить и углубить реактивные сдвиги в больном организме, что отражается на положительных результатах санаторно-курортного лечения.

Таким образом, лечебная физическая культура является составной органической частью санаторно-курортного лечения различных категорий больных. Она дополняет действие курортных факторов, элементы лечебной физической культуры пронизывают весь санаторный режим больных в процессе их лечения на курорте, участвуют в активизации и улучшении качества жизни отдыхающих.

* * *

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ТРЕНИРОВКИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Макарова М.Р. (makarovamr@mail.ru; +7(903)579-2299), Колесников А.И., Митрошкина Е.Е., Панкратьев АА., Ксенофонтова И.В.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Дегенеративно-дистрофические изменения суставов нижних конечностей — самая распространенная ортопедическая патология, хирургическое лечение которой обеспечивает практически полное функциональное восстановление. Этапы двигательной реабилитации, основанные на консолидации перипротезных участков кости, предусматривают дозированные нагрузки по оси конечности, активизацию локальных мышц конечности и отдаленных мышц туловища, постепенное восстановление функции сустава. Тем не менее, несмотря на успехи 1-го и 2-го этапов медицинской реабилитации, полное функциональное восстановление после операции по замене тазобедренного сустава может быть отсрочено на несколько лет или недостижимо. Одной из основных причин является гипотрофия и снижение функциональной активности аддукторного механизма и смежных сегментов. Поэтому реконструкция физиологического паттерна ходьбы и ее специализированная тренировка возможны только при наличии подготовленных к нагрузкам мышц конечности и тазового пояса.

Цель исследования — оценить влияние короткого курса медицинской реабилитации на восстановление качества походки и скорости ходьбы у пациентов в сроки не менее 12 нед после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 54 пациента в возрасте 61,2±4,8 года после эндопротезирования тазобедренного сустава по поводу коксартроза. В течение 14 дней пациенты получили курс медицинской реабилитации в условиях специализированного стационара, состоящий из лечебной физкультуры с акцентом на восстановление силы и эластичности аддукторов, баланса пояснично-тазо-бедренной зоны и стереотипа ходьбы, а также физиотерапии, направленной на улучшение обменно-трофических процессов в зоне операции.

Результаты показали, что короткий курс способствует улучшению функциональных показателей; по данным шкалы Лекена отмечалось снижение боли и дискомфорта при ходьбе, увеличение максимальной дистанции передвижения на 40,3±6,7% и уменьшение времени прохождения на 15,0±3,8%, снижение затруднений при ходьбе по лестнице на 24,4±3,8%; по данным мануально-мышечного тестирования возросла сила и подвижность мышц ад-

дукторов на стороне операции и баланс мышц поясничнo-тазового региона.

Вывод. Укрепление мышц аддукторов с помощью специальных упражнений является ключевым механизмом в восстановлении стереотипа походки, максимально приближенной к физиологическому паттерну, и должны быть включены в комплекс ЛФК на всех этапах реабилитации для восстановления локомоторной функции и повышения функциональной активности пациента.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ РОБОТИЗИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ КЛИНИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ

Марусич И.И.[3] (ir-ig-ma@mail.ru), Власенко С.В.[1] (vlasenko65@rambler.ru), Голубова Т.Ф.[1] (golubovatf@mail.ru), Пономаренко Ю.Н.[3] (nachalnik@lekardeti.ru), Кушнир Г.М.[2] (kushnir2005@mail.ru)

[1]ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория, Россия; [2]кафедра неврологии, нейрохирургии и неврологии ФПО 1-го медицинского факультета, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия; [3]ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий им. Е.П. Глинки» Минобороны России, Евпатория, Россия

В ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий им. Е.П. Глинки проведено клиническое наблюдение за эффективностью применения ЭкзоАтлета у больных со спастическими формами детского церебрального паралича. Под наблюдением находились 30 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет.

Учитывались данные первичного клинического осмотра, с определением уровня спастичности мышц по Ашворду, анамнестические данные, проводилось ультразвуковое исследование мышц нижних конечностей. Предварительное обследование выявило формирование у пациентов больных ДЦП со спастической диплегией грубых нарушений двигательных функций, развитие структурных изменений в мышечных тканях, несмотря на проводимые ранее курсы реабилитации, в том числе хирургические методы.

Курс ходьбы в аппарате в среднем составил 7,13±0,13 дня. Длительность ходьбы на одну процедуру — 25,34±0,02 мин. Параметры движений подбирались индивидуально, в зависимости от нейроортопедического статуса пациента. Каждый сеанс происходило постепенное увеличение длительности ходьбы.

Непосредственно сразу после снятия аппарата на протяжении определенного периода наблюдался «эффект свободы» — состояние значительного облегчения выполнения движений, описываемое ребенком и ощущениями сопровождающего. Длительность эффекта имеет ограничение по времени и постепенно затухает после возвращения ребенка в типичное патологическое положение. Данный эффект наблюдался во всех клинических группах и не зависел от тяжести клинической картины заболевания, степени спастичности мышц, выраженности контрактур, проводимых ранее лечебных мероприятий.

Немаловажным следует отметить эффект психоэмоциональной активизации пациентов во время проведения процедуры и в последующем периоде. Особенно выраженным он был у инвалидов-колясочников в возрасте от 14 лет.

Биомеханика ходьбы была исследована с помощью аппаратно-программного комплекса «Видеоанализ — 3D Биософт» (Россия), с регистрацией видеоизображения с частотой регистрации 90 Гц. Регистрацию локомоций проводили по методике, разработанной специалистами ООО «Научно-медицинская фирма Биософт».

В рамках данной работы оценивались подографические параметры — длительность двойного шага, соотношение фазы опоры и переноса, продолжительность интервалов опоры на пятку, стопу и носок, а также длительность фазы двойной опоры.

Электромиограмму с помощью блока регистрации биомеханических характеристик «СпортЛаб» записывали синхронно с видеосигналом. Частота регистрации поверхностной биполярной миографии 1000 Гц. Применяли метод накожной, то есть поверхностной миограммы. Были обследованы большие ягодичные мышцы, прямые мышцы бедра, полусухожильные мышцы, передние большеберцовые и медиальные икроножные мышцы. Полученный электромиографический сигнал оценивали в границах двойного шага, определенных во время обработки подограммы.

В процессе ходьбы определяли интегральный показатель, характеризующий интенсивность работы мышц — амплитуду огибающей биоэлектрической активности мышц нижних конечностей, и оценивали электромиографический профиль каждой мышцы соответственно фазам локомоторного цикла, отмечая в которую из фаз был зарегистрирован максимум активности.

В результате эксперимента доказано, что программируемая ходьба в ЭкзоАтлете способствует выработке шагового движения, приближающегося к физиологической норме, отмечена пролонгация эффекта после снятия робота длительность, которой увеличивается с увеличением времени занятий.

* * *

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ТОТАЛЬНЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ СТЕРЕОТИПОМ ХОДЬБЫ В САНАТОРИИ «САМАРСКИЙ»

Матасова М.М., Фокина О.А., Горелова Н.А., Никифоров А.В.

ООО Санаторий «Самарский», Самара

С развитием коксартроза и нарастанием болевого синдрома пациент начинает щадить ногу, во время ходьбы переносит вес тела на здоровую ногу и сокращает время опоры на больную, укорачивает шаг — так формируется патологический стереотип ходьбы. При прогрессировании патологии, конечность укорачивается за счет деформации, что усиливает патологию походки.

Под наблюдением находились 10 человек с патологическим стереотипом ходьбы в возрасте 58—65 лет, находящихся на лечении в санатории «Самарский». У всех диагностирован коксартроз 3-й степени. Пациенты были поделены на две группы: 5 пациентов состояли в основной группе базового комплекса лечения, остальные 5 — в группе контроля с программным комплексом.

Программный комплекс подготовки к предстоящей операции заключается в индивидуальном подходе к каждому пациенту. Факторы, которые учитывались во время поступления: анатомические параметры (пол, возраст, рост, масса), анамнез заболевания, болевой синдром, наличие контрактур, сопутствующие патологии со стороны опорно-двигательной системы, состояние мышечного аппарата, выраженность хромоты, необходимость пользования дополнительной опорой, данные дополнительной диагностики. Полученные данные сравнения использовали для качественной оценки программы предоперационного периода.

Санаторий «Самарский» располагает всем необходимым для данной программы. Согласован режим ЛФК к физиотерапевтическим процедурам. Большое внимание уделяется психологической настроенности на операцию. Акцент был на ЛФК в индивидуальном порядке. Комплекс заключается в интенсивности упражнений, степени напряжения мышц, величины осевой нагрузки на больную ногу. Обучение ходьбе является важной задачей ЛФК. Ходьба в зале и по территории санатория со скандинавскими палками направлена на укрепление мышц спины, таза, нижних конечностей и снижения нагрузки на суставы. Также в предоперационном периоде проводили консервативное лечение сопутствующей патологии ОДС. Обучали больных технике самомассажа, который был рекомендован перед проведением физических упражнений.

После проведенных занятий по исправлению походки в группе контроля: возрос темп ходьбы, ее скорость. Ходьба становится более равномерной и плавной, снизился уровень хромоты. Вся программа предоперационной подготовки по ТЭТС повысила динамику параметров качества жизни. В конце завершения программы оценивалось общее состояние пациента: его жалобы, болевой синдром, показатели ОДС, состояние мышечного аппарата, хромота, стереотип походки и настрой к предстоящей операции.

Таким образом, анализ результатов доказывает, что применение этой программы приводит к более высоким клиническим показателям в послеоперационном периоде, ранней активации прооперированного сустава, число осложнений находится в пределах минимальных показателей.

* * *

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ ИЗ ВИНОГРАДА КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДЛЯ КУРОРТОВ КРЫМА

Мизин В.И.[1] (niisechenova@mail.ru; +7(3654)23-5191), Ивашенко А.С.[1], Ежов В.В.[1], Северин Н.А.[2], Яланецкий А.Я.[3]

[1]ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», Ялта; [2]Гуманитарно-педагогическая академия, ФГАОУ ВО «КФУ им. А.И. Вернадского», Ялта; [3]ГБУН «Всероссийский национальный НИИ виноградарства и виноделия «Магарач», Ялта

Функциональные продукты питания (ФПП) — это продукты, которые не только обеспечивают организм энергетическим и пластическим материалом, но оказывают влияние на определенные физиологические функции, биохимические и поведенческие реакции, способствуют поддержанию здоровья, снижают риск возникновения заболеваний и ускоряют процесс выздоровления. Продуктов из винограда содержат ряд важных биологически активных компонентов. Анализ биологической ценности продуктов переработки винограда по методике ВОЗ показал, что в формирование биологической ценности энотерапевтических ФПП аминокислоты вносят незначительный вклад (1,0—1,5%), и напротив, существенный вклад вносят минеральные компоненты (58,5—86,5%), витамины (30—44%) и в наибольшей степени — полифенольный комплекс (40—100%). Основную биологическую ценность представляют следующие ингредиенты: в виноградных безалкогольных концентратах — полифенольные соединения (в том числе флавоноиды); в виноградном соке — глюкоза, полифенольные соединения (в том числе флавоноиды), витамины, микроэлементы; в виноградном масле (масле из виноградных семян) — полиненасыщенные жирные кислоты; в винных дрожжах — витамины, микроэлементы, полифенольные соединения (в том числе флавоноиды), антибактериальные соединения; в шроте виноградных семян — полисахаридные адсорбенты; в винах — полифенольные соедине-

ния (в том числе флавоноиды), этанол, витамины, микроэлементы, антибактериальные соединения (в винах типа херес).

Разработаны показания для применения энотерапевтических ФПП в курортном оздоровлении и реабилитации. Виноградные безалкогольные концентраты показаны для профилактики (ОРВИ, ИБС, ИБМ, метаболического синдрома, пищевой аллергии), реабилитации (после операций на сердце и сосудах, после химио- и радиотерапии онкопатологии, при радиационной болезни), стимуляции красной крови (анемии, большие физические нагрузки). Виноградный сок показан для детского профилактического диетического питания в группе риска развития туберкулеза. Виноградное масло (масло из виноградных семян) показано для профилактики и реабилитации при нарушении структуры и функции нервных волокон (остеохондроз, дорсопатии, сахарный диабет 2-го типа, травмы). Винные дрожжи показаны для профилактики и лечения инфекций кожи и подкожной клетчатки, шрот виноградных семян — для профилактики и реабилитация при колитах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, пищевых аллергиях.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИРОДНО-ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ САНАТОРИЯ «БАКИРОВО», ОБКАЛЫВАНИЯ ОЗОНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСЬЮ И ПАНТОВЫХ ВАНН, В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Миникаева Г.Р.

Санаторий «Бакирово», Республика Татарстан, Лениногорский район, село Бакирово

Сахарный диабет — эндокринное заболевание, обусловленное недостатком в организме гормона инсулина или его низкой биологической активностью. Характеризуется нарушением всех видов обмена веществ, поражением крупных и мелких кровеносных сосудов и проявляется гликемией.

Первым, кто дал название болезни — «диабет» был врач Аретиус, живший в Риме во II веке н.э. Намного позже в 1776 г. врач Добсон, исследуя мочу больных диабетом, обнаружил, что у нее сладковатый привкус, который говорил о наличии в ней сахара. Так диабет стал называться сахарным.

В Татарстане зарегистрированы около 100 000 больных сахарным диабетом, из них 90% имеет сахарный диабет 2-го типа. Ежегодно в республике регистрируется около 8000 новых случаев. Распространенность осложнений сахарного диабета составляет 40—55%. Наиболее частым осложнением является диабетическая полинейропатия.

Ведущим звеном в патогенезе этого заболевания является повышение сахара крови, который разрушает стенки сосудов, и нервные волокна не могут получать достаточное количество питания и кислород ввиду дисфункции кровообращения. Возникает ишемия и проведение импульсов замедляется или полностью прекращается.

Факторами риска развития диабетической полинейропатии являются:

— длительная гипергликемия (неудовлетворительная компенсация углеводного обмена);

— длительно протекающий сахарный диабет;

— пожилой возраст;

— наличие дислипидемии;

— абсолютная или относительная гипоинсулинемия;

— курение.

Клинические проявления диабетической полинейропатии: онемение, боль и «мурашки» в конечностях, в состояние покоя или во время стрессовых ситуаций, ночью. Мучают бессоница, беспокойство. Снижается порог болевой и температурной чувствительности. Появляется слабость мышц и пальцев ног. Происходит деформация ногтевых пластин, деформируется голеностопный сустав.

Для изучения озоно-кислородной смеси, пантовых ванн в сочетании с природными факторами при лечении больных с диабетической полинейропатией были отобраны и находились под наблюдением 46 человек в возрасте от 30 до 75 лет с длительностью заболевания от 2 до 30 лет.

Вся группа больных являлась однотипной, с незначительным диапазоном показателей объективного и субъективного характера. Наблюдаемых разделили на две группы: основная группа (23 человека) получала комплексное лечение, обкалывание озоно-кислородной смесью и пантовые ванны.

Действие озона связано с непосредственным окислением алгопептидов, устранением ишемии корешков нервов, блокированием синтеза простагландинов. Во время обкалывания озоно-кислородной смесью, объемом 1—2 мл, на глубину 1—1,5 см, в триггерные и биологически активные точки конечностей, стимулировали восстановление пораженного нерва за счет улучшения реологии и микроциркуляции крови, уменьшения гипоксии и активации обмена кислорода в ишемизированной нервной ткани. Количество обкалываний было от 5 до 7 процедур, через день, после основного лечения.

Пантовые ванны принимались ежедневно, в количестве 7—10 ванн. Они представляют собой «вытяжку» из рогов оленя марала, содержащую 18 важнейших аминокислот, биологически активных веществ, коллагена, витаминов, микро-, макроэлементов, йода, фосфора, Fe, Ca, Zn, меди. Повышают эластичность стенок кровеносных сосудов,

улучшая обменные процессы в организме, способствуют снижению уровня сахара в крови.

Комплексное лечение включало: 1) грязевые ванны температурой 38—42 °С на 10 мин через день, на курс 7—10 ванн; 2) грязевые аппликации с гальваническим током 5—10—20 МА по локально-сегментарной методике, на конечности, продолжительностью 10 мин, 7—10 процедур; 3) H_2S ванны типа «Мацеста», через день температурой +37 °С, на 10 мин и концентрацией сероводорода 50—150 мгл, курс 7—10 ванн.

Принимаемое лечение сочеталось с диетическим питанием (стол №9), лечебной гимнастикой и массажем.

2-я группа (23 человека) получала комплексное лечение, аналогичное основной группе, но без пантовых ванн и обкалывания озоно-кислородной смесью и служила контрольной.

Анализ полученных данных показал, что на фоне приема обкалывания озоно-кислородной смеси, пантовых ванн и комплексного лечения положительный эффект наступал быстрее и выражался в улучшении (либо исчезновении) болей в голеностопных суставах, стопах, увеличении объема движений в суставах, уменьшении (либо исчезновении) онемения «мурашек» в конечностях, нормализации сна и улучшении общего самочувствия, снижении уровня гликемии. Все это наблюдалось к 10-му дню лечения.

В контрольной группе эффективность лечения была ниже. Оценка результатов лечения показала, что лучшие показатели у больных 1-й группы, получивших обкалывание озоно-кислородной смесью и пантовых ванн, из 23 больных значительное улучшение достигнуто у 10 (43,5%) человек, у 8 (34,8%), без улучшения у 5 (21,7%).

Во 2-й группе: значительное улучшение наступило у 8 (34,8%) человек, улучшение у 9 (39,1%), без улучшения у 6 (26,1%).

Предложенный в санатории метод воздействия значительно сократил сроки лечения, продлил период ремиссии, что впоследствии уменьшило риск возникновения различных осложнений.

Таким образом, применение лечебно-оздоровительных природных факторов санатория «Бакирово» в сочетании с обкалыванием озоно-кислородной смесью и пантовых ванн больных с диабетической полинейропатией может быть рекомендовано для использования в клинической практике и других санаториях.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА АКУСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЛЯ МОНИТОРИНГА ФУНКЦИИ ДЫХАНИЯ ПРИ КИНЕЗИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Мокин Е.Д. (mokin_ed@mail.ru; +7(987)432-2306), Пятин В.Ф. (+7(917)948-4433, pyatin_vf@list.ru)

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара

Рядом авторов показано, что у взрослых пациентов с умеренной и тяжелой формой ХОБЛ, кинезотерапия улучшает состояние, влияя на показатели спирометрии — пиковую скорость выдоха (ПСВ) и др., механику дыхания и качество жизни.

Цель исследования — изучить возможности применения метода анализа акустической работы дыхания в комплексной оценке эффективности реабилитации с компонентом кинезиотерапии при бронхиальной астме у подростков.

Материал и методы. После получения информированного согласия была проведена рандомизация и сформировано две группы сравнения из подростков с диагнозом: бронхиальная астма среднетяжелого персистирующего течения. Опытная группа включала 41 человека, в том числе 22 человека мужского пола и 19 женского пола. Контрольная группа включала 47 человек, в том числе 24 человека мужского пола и 23 человека женского пола.

Результаты. Средние значения параметров спирометрии исходно и по окончании лечения достоверно не различались в опытной и контрольной группах. В опытной группе показатели спирометрии до и после лечения различались только по положительному приросту ОФВ 1% после санаторного лечения, на 18—21-й день.

Вывод. Таким образом, изменения акустической работы дыхания характеризовались повышением АРД от исходного уровня через 30 с и 2,5 мин, и затем — снижением АРД до уровня в два раза ниже исходного. Полученные результаты можно объяснить физиологическими механизмами регуляции легочной вентиляции на фоне мышечной активностию.

* * *

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ДЕТСКОМ САНАТОРИИ

Мокина Н.А., Васильцова Е.В., Иванова В.Н.

ГБУЗ СОДС «Юность», кафедра медицинской реабилитации, спортивной медицины, физиотерапии и курортологии ФГБОУ ВО Самгму Минздрава России, Самарская область

С целью дифференцированной оценки качества жизни у детей с бронхиальной астмой (БА) в детском пульмонологическом санатории с выделением наиболее подверженных влиянию заболевания сфер функционирования личности ребенка на фоне санаторного

лечения, на базе ГБУЗ «Самарский областной детский санаторий «Юность» были обследованы 62 ребенка в возрасте от 5 до 11 лет (9,6±1,7 года), 38 мальчиков (9,7±1,7 года) и 24 девочки (9,6±1,8 года).

Все дети имели среднетяжелую степень БА, поэтому получали базисную терапию по GINA. При поступлении и перед выпиской из санатория анализировались клинико-функциональные признаки контроля БА, астма-тест и качество жизни (КЖ). КЖ измерялось с помощью вопросника Элизабет Джунипер с оценкой каждого показателя (симптомы, физическая активность, эмоциональная сфера) по 100-балльной системе, — при этом, чем выше балл, тем больше негативное воздействие БА на КЖ пациента. Статистический анализ проводился с помощью программы IBM Statistics 19.0.

При оценке динамики средних значений интегральных показателей КЖ у детей на фоне санаторного лечения выявлены достоверные различия при $p<0,05$ по интегральному показателю КЖ к концу курса санаторного лечения с наиболее подверженного динамике на фоне санаторного лечения параметрам, для детей с БА: ограничения жизненной активности в части физической активности и эмоциональной сферы, с итоговой динамикой интегрального показателя качества жизни. Для подтверждения информативности и диагностической значимости проведенных исследований КЖ у детей с БА проводился дискриминантный анализ с определением стандартизированного канонического коэффициента дискриминантной функции (СККДФ), который подтвердил информативность интегрального показателя КЖ при ⩾0,5.

Таким образом, при проведении оценки КЖ у детей с БА в детском санатории выявлены достоверные различия по интегральному показателю КЖ с наиболее выраженной динамикой параметров: ограничения физической активности и эмоциональной сферы, и интегрального показателя КЖ.

* * *

КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ

Никитюк Д.Б., Клочкова С.В., Рожкова Е.А., Погонченкова И.В., Турова Е.А.

ГАУЗ Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Для обследования была выбрана группа женщин в возрасте 22—35 лет (200 человек), постоянно проживающих в Московском регионе. Выборка характеризовалась отсутствием патологии со стороны внутренних органов, оказывающих влияние на состояние опорно-двигательного аппарата (патология со стороны эндокринных органов, злокачественных новообразований, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, ревматоидные заболевания, сахарный диабет и поражения со стороны собственно опорно-двигательного аппарата).

С использованием метода биоимпедансометрии исследовали группу женщин и установили, что полученные данные свидетельствуют о представительстве всех соматотипов (согласно классификации В.П. Чтецова — Б.А. Никитюка (1983). В результате проведенного анализа компонентного состава тела установили, что абсолютное содержание костного компонента тела минимально у женщин 22—35 лет астенического и тонкокостного типа телосложения: составило 7,0 и 7,2 кг соответственно, при этом максимальные показатели были отмечены у представительниц эурипластического соматотипа (9,2 кг). Относительное содержание костного компонента, напротив, максимальное у женщин астенического (16,6—17,7% от общей массы тела) и стенопластического (15,1—15,6%) конституциональных типов.

Наряду с этим абсолютные показатели содержания жира составили у представительниц мегалосомной 20,9—23,1 кг, неопределенной — 24,2—26,5 кг, а в лептосомной конституциональной группе — 8,3—8,5 кг. Относительное содержание жировой ткани наблюдается у женщин неопределенного (38,4—39,4%) и мезосомного (32,8—33,7%) соматотипа, минимальные показатели отмечены при лептосомной конституции (16,3—18,6%).

Полученные данные свидетельствуют о характере мышечного и жирового компонентов тела у женщин различных соматотипов. Эти показатели имеют прикладное значение в прогнозировании заболеваний у лиц с различными конституциональными особенностями.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Никитюк Ю.В.[1], Почкин Е.О.[1], Хан М.А.[2], Микитченко Н.А.[2] (julia_nikityuk@mail.ru)

[1]ФГБУ «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва; [2]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Термин «часто болеющие дети» (ЧБД) на протяжении последних 50 лет охватывает большую когорту пациентов с временными, корригируемыми отклонениями в состоянии здоровья, возникшими вследствие повторных и/или длительных респираторных заболеваний. Частота в популяции составляет от 20 до 65% детского населения, в основном среди детей дошкольного возраста. Другой социальный аспект — риск формирования хронической патологии, аутоиммунных процессов, неблагоприятного влияния на развитие и социализацию ребёнка.

Цель исследования — анализ эффективности оздоровления ЧБД с применением сухих углекислых ванн на санаторном этапе медицинской реабилитации.

Материал и методы. Проведены клинические наблюдения и специальные методы исследования в динамике у 100 детей, часто болеющих ОРЗ, в возрасте от 3 до 12 лет. 60 детей (основная группа) получали СУВ, у 40 (группа сравнения) — паровоздушные ванны. По клинико-функциональным показателям группы были сопоставимы. Бальнеотерапия назначалась в периоде стихания катаральных явлений неустойчивой ремиссии.

Результаты. Курсовое воздействие СУВ способствовало положительной динамике клинических симптомов ОРЗ. Данные ринофарингоскопии указывали на уменьшение отечности, ослабление гиперемии слизистой оболочки носа, зева уже после 2—3-й процедуры. В группе сравнения положительная динамика катаральных симптомов наступала к 6—7-му дню заболевания и была менее выраженной. Изменение гемограммы коррелировало с клиническими данными, свидетельствовавшими об уменьшении активности воспалительного процесса, у 67,4% детей. В ответ на курсовое воздействие СУВ отмечалось устранение иммунного дисбаланса более чем у половины детей в виде однонаправленных положительных изменений уровней сывороточных IgM, IgA и IgG. Одновременно исходно низкий уровень секреторного IgA в 61,2% случаев повысился. По данным КИГ увеличилось число детей с эйтонией, снизилось — с высоким уровнем тревожности. Катамнестические наблюдения, проведенные через 12 мес после курса лечения, выявили снижение частоты ОРЗ при включении СУВ в 1,8 раза, в группе сравнения — в 1,2 раза, что позволило сократить дни отсутствия по болезни в образовательных учреждениях на 20% больше в основной группе, чем в группе сравнения.

Таким образом, на основании проведенных исследований установлена целесообразность и эффективность включения СУВ в комплекс санаторно-курортного лечения детей, часто болеющих ОРЗ, что позволяет повысить эффективность их реабилитации.

* * *

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕЛКОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК МЕТОДОМ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Никишин И.И., Турова Е.А.[1], Котельникова А.В.[1], Гозулов А.С.[1], Савостикова Е.Н.

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [2]ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

Технология дополненной реальности в процессе реабилитации на этапе санаторно-курортного лечения не только геймифицирует процесс восстановления, но и позволяет персонализировано осуществлять выбор последовательности компенсаторно-восстановительных упражнений и подобрать уровень сложности, с учетом выраженности нарушений мелкомоторных функций.

Цель исследования — оценка эффективности метода дополненной реальности в медицинской реабилитации пациентов перенесших ОНМК. Исследование проходило на базе ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ».

Восстановительное обучение осуществлялось с помощью метода дополненной реальности, который включает в себя специализированное программное обеспечение, компьютер и видеокамеру. Проводилось детектирование контуров рук пациента и анализ выполнения упражнений в режиме реального времени. Для оценки эффективности использовался блок нейропсихологических проб.

В основе данной технологии лежат следующие положения: 1) восстановление системы осуществляется через отдельную функцию; 2) нейронные ансамбли функционально или когнитивно специализированы; 3) результатом формирования новой функциональной системы является научение, которое представляет собой реактивацию процессов созревания; 4) в основе формирования новых функциональных систем при научении лежит селекция нейронов.

В исследовании приняли участие 49 пациентов в возрасте 59±11 лет, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и проходивших курс медицинской реабилитации. Пациентами было подписано информированное согласие. Выборка была разделена на две группы: 1-я группа — проходившая восстановительное обучение; 2-я группа — восстановительное обучение не проводилось.

Исследование проводилось в три этапа: 1-й — предварительная диагностика; 2-й этап — восстановительное обучение (длительность: 14 дней, частота занятий: ежедневно по 23±8 мин); 3-й — итоговая диагностика.

По результатам проведенного исследования, в 1-й группе была зарегистрирована положительная динамика восстановления кинетического (p-lvl=0,0016), кинестетического (p-lvl=0,0004), пространственного праксиса (p-lvl=0,0268). Пациенты демонстрировали улучшение право-левой ориентировки, эффективную реализацию двигательной программы, более точное воспроизведение позы рук по тактильному и зрительному образцу. Пациенты 1-й группы демонстрировали более выраженную динамику восстановления мелкомоторных функций, по сравнению со 2-й группой. Выполнение проб в 1-й группе происходило в более быстром темпе (p-lvl=0,0141), наблюдалась положи-

тельная динамика восстановления мелкомоторных функций по стороне поражения, повышение показателей кинестетического праксиса (p-lvl=0,039869).

Таким образом, метод дополненной реальности «Визуальная медицина» персонифицирует процесс реабилитации, что позволяет повысить эффективность восстановления мелкомоторных функций у пациентов, перенесших ОНМК.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА НА ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Норенко В.В., Комаров Г.А. (ckbvl33@yandex.ru; +7(499)503-5689)

ФГБУЗ «Центральная клиническая больница восстановительного лечения» ФМБА России, Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва

В международных стандартах серии ИСО 9001 и выше стратегический менеджмент рекомендуется как актуальный инструмент по улучшению качества.

Цель исследования — анализ актуальности рекомендаций международных стандартов серии ИСО (интернациональная организация стандартизации) 9001 и выше для применения стратегического менеджмента качества на этапе медицинской реабилитации.

Применение стратегического менеджмента качества на этапе медицинской реабилитации — это формирование долгосрочных программ по улучшению качества медицинской помощи. В долгосрочные программы по улучшению качества рекомендовано включать тщательную оценку процессных подходов для разработки конкурентоспособных методов улучшения качества. Новые конкурентоспособные методы улучшения качества медицинской помощи на этапе медицинской реабилитации требуют стратегического планирования, анализа рынка медицинских услуг. Всесторонний анализ рынка медицинских услуг, оценка показателей медицинской реабилитации в сравнении с лучшими показателями в других медицинских организациях (бенчмаркинг), повышают эффективность долгосрочных программ по улучшению качества медицинской помощи.

Таким образом, рекомендации по применению стратегического менеджмента качества на этапе медицинской реабилитации являются своевременными и актуальными и направлены на улучшение качества медицинской помощи.

* * *

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Орлова Е.А., Иванов А.Л., Орлов М.А., Касимова Н.М., Орлов М.М. (k.vosmed@gmail.com)

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань

Цель исследования — оценить влияние программы реабилитации на течение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у пожилых больных.

В результате исходного скрининга в исследование были включены 206 больных ХОБЛ легкого и среднетяжелого течения. Продолжительность заболевания составила 12,4±1,3 года. Возраст реабилитируемых пациентов находился в колебаниях от 59 до 64 лет. Диагноз ХОБЛ был сформулирован в полном соответствии рекомендациям экспертов GOLD и Российского респираторного общества. По результатам клинической, функциональной и лучевой диагностики диагноз ХОБЛ легкой степени тяжести подтвердился у 134 (65,1%) больных и средней тяжести — у 72 (34,9%). Объективная оценка тяжести ХОБЛ позволила считать функциональный потенциал больных, соответствующим для выполнения реабилитационной программы. Сопутствующие умеренная артериальная гипертензия (50,4%) и дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника и суставов (56,3%) не препятствовали показаниям для реабилитации.

Индивидуализированная программа III этапа реабилитации была нацелена на оптимизацию двигательного режима, включала образовательные программы по ХОБЛ и коррекции нутритивного статуса, модули лечебной физкультуры, физиотерапии и психотерапии. Независимо от степени тяжести заболевания всем больным назначались рефлексотерапия и массаж. Для увеличения податливости грудной клетки, ограниченной вследствие вертеброгенной патологии, паравертебрально и внутримышечно применялся препарат хондропротективного действия Алфлутоп («Biotehnos», Румыния). Сроки реабилитации определялись исходной тяжестью ХОБЛ (4—12 нед).

Через 1 год результаты комплексной реабилитации выразились в снижении частоты обострений среднетяжелой ХОБЛ у 70,8% больных и стабилизацией показателя $ОФВ_1$ до 80% к должным величинам, а также повышением физической толерантности по показателям 6-минутной шаговой пробы. О стабильном течении легкой ХОБЛ свидетельствовали позитивная динамика физической работоспособности, толерантности к одышке и сохранение уровня реабилитационного потенциала в течение 12 мес.

* * *

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ИБС НА ЭТАПЕ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Осипов Г.Л., Шакиров А.К.

Учреждение профсоюзов санаторий «Васильевский», Республика Татарстан, п.г.т. Васильево

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) сохраняют лидирующую позицию в структуре заболеваемости и смертности во многих развитых странах и РФ. Согласно современным стандартам оказания помощи пациентам, перенесшим острое коронарное событие или ЧКВ, должна быть назначена поэтапная реабилитация, включающая комплекс реабилитационных мероприятий и в том числе лекарственной терапии. Приверженность к лекарственной терапии является одним из основных компонентов в лечении больных ИБС и ЧКВ. Согласно статистике ВОЗ, приверженность к терапии у пациентов с хроническими заболеваниями в экономически развитых странах составляет только 50%. Низкая приверженность к терапии у пациентов с ССЗ в нашей стране оставляет менее 60%.

Проведение медицинской реабилитации на санаторном этапе лечения больных, перенесших острые коронарные события и ЧКВ, проводятся в комплексе мероприятий. Наряду с дозированными физическими, физиотерапевтическими и психотерапевтическими факторами, неотъемлемой частью реабилитации является лекарственная терапия. Контроль за выполнением врачебного предписанного лечения лежит фактически на самом больном. Выполнение процедур можно контролировать по санитарно-курортным картам. Контроль приема лекарственных препаратов проследить довольно сложно.

Цель исследования — выяснить результаты динамических показателей исследуемых параметров общего анализа крови, ЭКГ, коагулограмм и липидограмм, толерантности к физическим нагрузкам при различных методах приема лекарственных препаратов.

Нами внедрена методика оповещения больных через регистрирующие устройства для регулярного приема лекарственных препаратов.

В исследовании участвовали больные, поступившие из кардиохирургических отделений клинических больниц с ИБС и ЧКВ. Возраст больных 38—66 лет. Количество пациентов 68 человек. Все больные были распределены на три группы и подобраны по тяжести ИБС, инфаркта миокарда и проведенному ЧКВ (стентирование или ЛКШ, МКШ).

1-ю группу составили 22 человека, которые принимали назначенные лекарственные препараты самостоятельно. 2-ю группу составили 26 человек, принимавшие лекарственные препараты при оповещении со смартфонов. 3-ю группу составили 20 человек, принимавшие лекарственные препараты на посту медицинской сестры. Все больные в плановом порядке получали физиотерапевтические процедуры. До исследования всем больным были проведены ЭКГ, биохимическое исследование крови: общий ХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, коэффициент атерогенности, коагулограмма, липидограмма, толератность к физической нагрузке.

Результаты исследования оценивались после окончания лечения по динамике ЭКГ, лабораторно-биохимическим показателям, толерантности к физическим нагрузкам, самочувствию пациентов.

У пациентов 1-й группы (32,3%) отмечалось улучшение показателей общего ХС исходного среднего показателя 5,68±1,24 до 4,82±1,34 ($p<0,05$).

Во 2-й группе (38,2% пациентов) отмечалось более значительное снижение общего ХС и липидных фракций (с 5,88±1,26 до 3,2±1,4 ммоль/л), и ЛПВП с 1,1 до 1,4 ммоль/л и АПНП 3,6±1,28 до 3,2—1,3 ммоль/л ($p<0,05$).

В 3-й группе (29,4% пациентов) отмечалось подобное снижение общего ХС и его фракции без статистической значимости.

Во всех группах отмечалось улучшение динамики ЭКГ в виде изменения глубины отрицательного зубца *T* или уменьшения зубца *Q* или увеличения зубца *R* в отведениях, отображающих поражения миокарда.

Выводы: причиной низкой приверженности приема лекарственных препаратов является пропуск приема назначенных лекарств из-за:

1) забывчивости пациентов;

2) большого количества лекарств;

3) неприязни к лекарственным препаратам;

4) низкого уровня грамотности и ограниченных знаний о болезни и здоровом образе жизни.

Вывод. Внедрение средств оповещения, разработка и внедрение компьютерных программ (для смартфонов и планшетных компьютеров) о своевременном приеме лекарственных препаратов, возможно, улучшит прогноз заболевания, снизит частоту госпитализации, осложнений, повысит жизненный уровень здоровья.

* * *

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

Осипова Е.В.

АО «Центр восстановительной медицины и реабилитации «Сибирь»

Актуальность: В настоящее время самым распространенным диагнозом при обращении мужчин к урологу является хронический простатит. Хронический простатит сопровождается болевым синдромом в области малого таза, расстройствами мочеиспускания и осложняется нарушением репродуктивной и половой функции. Все это негативно сказывается на качестве жизни мужчин. Выбор лекарственного пре-

парата для лечения хронического простатита представляет значительную сложность. Это связано с тем, что нет чёткого представления о причинах и патогенезе заболевания. Поэтому сейчас большое внимание стали уделять физиотерапевтическим методам лечения. Одним из таких является ударно-волновая терапия. Ударно-волновая терапия — физиотерапевтический метод воздействия на ткани звуковыми ударными волнами. При лечении воспалительных заболеваний мочеполовой системы у мужчин используют фокусированные ударные волны низкой частоты. Они действуют в определённом фокусе (зоне) с проникающей способностью до 6-8 см. При воздействии ударной волны происходит расслабление мышц, улучшение иннервации, что приводит к стойкому снижению болевого синдрома, улучшение кровообращения за счет расширения сосудов и неоангиогенеза, что обеспечивает лучшее проникновение лекарственных веществ в патологический очаг, рассасывание кальцинатов в простате.

Цель: Оценить эффективность влияния ударно-волновой терапии в комплексном лечении пациентов с хроническим простатитом.

Материалы и методы исследования: В течение 2018 года под наблюдением находилось 130 мужчин в возрасте 30-50 лет с диагнозом хронический простатит. Были применены фокусированные ударные волны с энергией от 0.1 до 0.25 мДж/мм^2, общее количество ударных волн 2000, частота 5.0 Гц, зона воздействия — промежность. Каждому пациенту было проведено 4 сеанса с интервалом 2 раза в неделю. Смена позиции аппликатора проводилась после каждых 500 импульсов: начиная с 0.1мДж/мм^2, пошаговое увеличение энергии, максимально до 0.25 мДж/мм^2. Продолжительность сеанса 15 минут. Во время процедуры пациенты испытывали чувство дискомфорта в промежности.

Результаты: После прохождения курса ударно-волновой терапии у большинства пациентов наблюдалось стойкое снижение болевого синдрома, а у 10% - полное прекращение боли в промежности, улучшение мочеиспускания (уменьшение частоты мочеиспусканий как в дневное, так и в ночное время, уменьшение или прекращение резей при мочеиспускании). Некоторые пациенты отмечали улучшение половой функции.

Заключение: Таким образом метод ударно-волновой терапии можно рекомендовать в комплексном лечении пациентов с хроническим простатитом при прохождении санаторно-курортного лечения. Преимущества метода: не инвазивная процедура, безболезненная, не требует анестезии, отсутствие побочных эффектов, нет ограничений по количеству процедур, может применяться самостоятельно, так и в комплексном лечении.

* * *

ПРИНЦИПЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПАСТИЧЕСКИХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ДЦП

Османов Э.А.[3] (spaun55@mail.ru), Власенко С.В.[1] (vlasenko65@rambler.ru), Голубова Т.Ф.[1] (golubovatf@mail.ru), Пономаренко Ю.Н.[3] (nachalnik@lekardeti.ru), Савчук Е.А.[2] (elena_savchuk12@mail.ru), Ларина Н.В.[2] (n.v.larina@mail.ru), Марусич И.И.[3] (ir-ig-ma@mail.ru)

[1]ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория; [2]кафедра неврологии, нейрохирургии и неврологии ФПО 1-го медицинского факультета, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь; [3]ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий им. Е.П. Глинки» Минобороны России, Евпатория

В современных условиях актуальность и востребованность санаторно-курортного этапа реабилитации остается на высоком уровне. Развитие медицинских технологий, появление новых данных о патогенезе развивающихся патологических синдромов позволяют оптимизировать курс санаторно-курортного лечения больных ДЦП с повышением его эффективности.

Цель исследования — изучение эффективности реабилитации двигательных нарушений у больных ДЦП со спастической диплегией на санаторно-курортном этапе восстановительного лечения с использованием малоинвазивных хирургических методов коррекции контрактур.

Под наблюдением находились 126 пациентов в возрасте от 5 до 17 лет. 65 (51,6%) пациентов женского пола, 61 (48,4%) пациент мужского пола. Средний возраст обследуемых составил 12,13±0,42 года.

1-ю, основную группу (ОГ), составили 40 больных, получавших комплексное санаторно-курортное лечение с включением хирургического метода (задняя селективная миофасциотомия). 2-я группа — контрольная (КГ) — 45 пациентов, получавших комплексное санаторно-курортное лечение, включавшее климатолечение, пеллоидотерапию, гидрокинезотерапию, ЛФК, массаж, воздействие методами аппаратной физиотерапии на мышцы конечностей.

У пациентов ОГ в результате проведенного лечения достоверно увеличился объем пассивных движений в суставах конечностей (2,43±0,08, p<0,05), уменьшилась спастичность мышц нижних конечностей (2,48±0,08 p<0,05), что связано с устранением ограничений движений в суставах конечностей, снижением уровня патологической импульсации. Следует отметить достоверное увеличение показателей мышечной силы антагонистов (3,38±0,11), у пациентов ОГ после лечения и по сравнению с КГ (2,10±0,08, p<0,05), что связано с уменьшением времени обездвиженности пациента, так как отсутствовал период нахождения в гипсовых повязках, что позволило получить комплексное санаторно-курортное лечение в полном объ-

еме уже со вторых суток проведенной хирургической коррекции контрактур нижних конечностей.

Статистически достоверная разница показателей, отражающих инвалидизацию, была выявлена по всем параметрам у пациентов ОГ и КГ ($p<0,05$), так как проведенные хирургические вмешательства позволили эффективно устранить ограничения движений в суставах конечностей. Все гигиенические процедуры, одевание, положение конечности стали более свободными, в отличие от пациентов КГ, у которых повышение показателей было статистически не достоверным ($p>0,05$).

Таким образом, можно констатировать факт, что благодаря хирургическому лечению был восстановлен физиологический объем движений в суставах, снизилась спастичность мышц. Изучение результатов показало, что при включении в комплекс санаторно-курортных мероприятий специфической терапии, целенаправленно стимулирующей восстановление анатомической целостности мышц, их функциональной активности и устранение контрактур, отмечается более высокая эффективность лечения по сравнению с «традиционными методами».

* * *

ЛУЧШИЕ ТЕХНОЛОГИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ

Острер Е.С.

ФГБУ «Военный санаторий «Крым» Министерства Обороны Российской Федерации, Республика Крым, Алушта, п.г.т. Партенит

В ФГБУ «Военный санаторий «Крым» в 2018 г. принято стратегическое решение о развитии направления медицинской реабилитации для пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата. В соответствии с приказом МЗ РФ от 29.12.12 №1705н «О порядке организации медицинской реабилитации« уже проведена закупка и введено в эксплуатацию следующее оборудование:

— Huber 360 — единственный в мире комплекс нейрофизической реабилитации, сочетающий восстановление мышечных групп и работу суставов с тренировкой мозга. Встроенный комплекс оценки и БОС позволяет точно определить проблемные зоны. Создать индивидуальные протоколы тренировок, а также четко отслеживать динамику терапии. Технология биоуправляемой механотерапии включает в работу мышечные цепи (сгибательные, разгибательные и скручивающие), т.е., вовлекает всю скелетную мускулатуру балансируя нагрузку и включая полную координацию движений. Данная технология с успехом применяется в лечении, реабилитации, оздоровлении и в спорте;

— ЭМС-аппарат ARICULUS X8 — оборудование для комплексного восстановления нервно-мышечной системы без перегрузки суставов. Электромиостимуляция (ЭМС) — эффективный немедикаментозный метод восстановления. Воздействие низкочастотного электрического импульса различной силы, частоты, скважности и амплитуды на скелетную мускулатуру вызывает комплекс местных реакций и общих изменений. ЭМС плюс ЛФК плюс лимфодренажный массаж действуют синергетически. Аппарат активно используется для оздоровления и моделирования фигуры у практически здоровых людей. Однако главные достоинства Ariculus X8 проявляются в реабилитации для получения быстрого результата у пациентов после ортопедических операций, при длительной иммобилизации, при остеохондрозе, при парезах и параличах, после перенесенного инфаркта миокарда и ишемического инсульта; при опущении внутренних органов, при запорах, при синдроме недержания мочи и слабости мышц тазового дна, бесплодии и эректильной дисфункции; возрастной саркопении и остеопорозе;

— Кинезитренажер «Экзарта» — установка для диагностики и восстановления функции и силы мышц. Методика диагностики включает в себя использование подвесных систем для качественной и количественной оценки уровня нейромышечного контроля опорно-двигательного аппарата пациента. Методика используется в реабилитации, что позволяет значительно увеличивать функциональные возможности двигательной сферы пациента.

Использование данного оборудования и инновационных методик в сочетании с классическими подходами в ЛФК и гидрокинезотерапией, позволяют нам уже сегодня эффективно проводить санаторно-курортное лечение, оздоровление и III этап реабилитации.

Данная модернизация — мощная материальная основа и школа подготовки кадров. На сегодня это обеспечивает оздоровление отдыхающих на современном уровне, а в будущем станет базисом развития реабилитационного центра в уникальных условиях климатического курорта на южном берегу Крыма.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ВОДНЫХ РАДОНОВЫХ ВАНН РАЗЛИЧНЫХ КОНЦЕНТРАЦИЙ, А ТАКЖЕ В СОЧЕТАНИИ С РАДИОАКТИВНЫМИ ПОВЯЗКАМИ С РАДОНОМ И ЕГО ДПР В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Панов С.В. (spanov@list.ru; +7(8422)52-0202), Маршева С.И. (spanov@list.ru; +7(8422)52-0202)

Санаторий «Радон», Ульяновский государственный университет, Ульяновск; Ульяновский государственный университет, СКК «Мрия», Ялта

Остеоартрит (ОА) занимает одно из ведущих мест в патологии костно-мышечной системы, на него приходится около 80% всей суставной патологии и более 50% всех ревматических болезней. Распространенность ОА в разных регионах мира со-

ставляет от 13,6 до 41,7% и значительно возрастает по мере старения населения. Радонотерапия в виде водных и воздушных радоновых ванн давно применяется для лечения больных ОА. После изобретения способа приготовления радиоактивных повязок с радоном и его дочерними продуктами (патент №2583141) появилась возможность их сочетанного применения с водными ваннами для лечения больных ОА.

Цель исследования — изучить эффективность применения водных радоновых ванн различной концентрации, а также в сочетании с радиоактивными повязками для лечения больных ОА.

Материал и методы. В период 2015—2018 гг. 294 больных остеоартритом, проходящих лечение в санатории «Радон», были разделены на четыре группы. 1-я группа — 73 больных ГА и КА, принимали водные ванны с концентрацией радона — 1,5 кБк/л; 2-я группа — 72 больных ГА и КА, принимали ванны с концентрацией 3,0 кБк/л; 3-я группа — 70 больных ГА и КА — ванны с концентрацией 6,0 кБк/л. Температура воды в ванне — 37 °С, продолжительность процедуры — 15 мин. Пациенты получали процедуры 2 дня подряд, затем следовал день перерыва; пациенты получили по 8—12 процедур. 4-я группа — 79 больных ГА и КА, получали сочетанное лечение водными радоновыми ваннами и радиоактивными повязками. Концентрация радона в воде ванны составляла 3,0 кБк/л, затем на пораженные суставы больным накладывались радиоактивные повязки с радоном и продуктами его распада суммарной активностью 1,5 МБк, время экспозиции — 180 мин. Пациенты получали лечение 2 дня подряд, затем следовал день перерыва; всего на курс 8—12 процедур.

Группы больных сформированы методом случайной выборки. Пациенты при поступлении распределялись по группам с помощью таблицы случайных чисел, сгенерированной в Excel. Больные всех групп были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания, основным клинико-лабораторным показателям и рентгенологическим данным, характеризующим тяжесть заболевания. В исследование включались пациенты с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов, удовлетворяющие диагностическим критериям Американской коллегии ревматологов (R. Altman, 1991), имеющие I—III стадии по Kellgren—Lawrence, с выраженностью болевого синдрома по ВАШ ⩾4 см и необходимостью приема НПВП.

Результаты и обсуждение. При сравнении эффективности применения воздушных радоновых ванн, клинические показатели у больных 2-й группы (активность радона 1,5 кБк/л) оказались лучше, чем у больных, принимавших ВРВ активностью 0,75 кБк/л.

Сочетанное применение воздушных радоновых ванн и радиоактивных повязок на пораженные суставы в лечении больных гонартритом и коксартритом оказалось эффективнее, чем раздельное применение воздушных ванн и повязок. Болевой синдром в покое у пациентов 3-й группы сразу после лечения снизился на 41,5%, в то время, как у пациентов 2-й группы — на 33,9%, индекс Лекена снизился на 37,6% (у 2-й группы 31,9%), индекс WOMAC — на 25,7% (у 2-й группы на 21,0%).

Вывод. Для лечения больных ОА воздушные радоновые ванны активностью 1,5 кБк/л были эффективнее ванн активностью 0,75 кБк/л. Сочетанное применение ВРВ и радиоактивных повязок с радоном и его ДПР в комплексном лечении больных ОА эффективнее самостоятельного применения воздушных радоновых ванн.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ВОЗДУШНЫХ РАДОНОВЫХ ВАНН И РАДИОАКТИВНЫХ ПОВЯЗОК С РАДОНОМ И ЕГО ДПР ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ

Панов С.В. (spanov@list.ru; +7(8422)52-0202), Маршева С.И. (spanov@list.ru; +7(8422)52-0202)

Санаторий «Радон», Ульяновский государственный университет, Ульяновск; Ульяновский государственный университет, СКК «Мрия», Ялта

Остеоартрит (ОА) — одно из самых распространенных заболеваний, его частота в общей популяции составляет 10—12%. На долю заболевания приходится до 70% в структуре всех ревматических болезней. ОА является второй по частоте после сердечно-сосудистых заболеваний причиной утраты трудоспособности.

Цель исследования — изучить эффективность сочетанного применения воздушных радоновых ванн и радиоактивных повязок с радоном и его ДПР для лечения больных коксартритом и гонартритом.

Материал и методы. В период 2017—2018 гг. 222 больных остеоартритом, проходящих лечение в санатории «Радон», были разделены на четыре группы. 1-я группа — 71 больной ГА и КА, принимал воздушные радоновые ванны активностью 0,75 кБк/л, 2-я группа — 74 больных ГА и КА — ВРВ активностью 1,5 кБк/л. 3-я группа — 77 больных ГА и КА, получавших лечение воздушными радоновыми ваннами и радиоактивными повязками. Концентрация радона в воздушно-радоновой смеси составляла 1,5 кБк/л, температура — 37 °С, продолжительность процедуры — 15 мин. Затем на 180 мин на пораженные суставы больным накладывались радиоактивные повязки с радоном и его ДПР суммарной активностью 1,5 МБк. Пациенты получали лечение 2 дня подряд, затем следовал день перерыва; было проведено по 8—12 процедур.

Группы больных сформированы методом случайной выборки. Больные всех групп были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания,

основным клинико-лабораторным показателям и рентгенологическим данным, характеризующих тяжесть заболевания. В исследование включались пациенты с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов, удовлетворяющие диагностическим критериям Американской коллегии ревматологов (R. Altman, 1991), имеющие I—III стадии по Kellgren—Lawrence, с выраженностью болевого синдрома по ВАШ ⩾4 см и необходимостью приема НПВП.

Результаты и обсуждение. При сравнении эффективности применения воздушных радоновых ванн, клинические показатели у больных 2-й группы (активность радона 1,5 кБк/л) оказались лучше, чем у больных, принимавших ВРВ активностью 0,75 кБк/л.

Сочетанное применение воздушных радоновых ванн и радиоактивных повязок на пораженные суставы в лечении больных гонартритом и коксартритом оказалось эффективнее, чем раздельное применение воздушных ванн и повязок. Болевой синдром в покое у пациентов 3-й группы сразу после лечения снизился на 41,5%, в то время, как у пациентов 2-й группы — на 33,9%, индекс Лекена снизился на 37,6% (у 2-й группы 31,9%), индекс WOMAC — на 25,7% (у 2-й группы на 21,0%).

Вывод. Для лечения больных ОА воздушные радоновые ванны активностью 1,5 кБк/л были эффективнее ванн активностью 0,75 кБк/л. Сочетанное применение ВРВ и радиоактивных повязок с радоном и его ДПР в комплексном лечении больных ОА эффективнее самостоятельного применения воздушных радоновых ванн.

* * *

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РАДОНОВОГО ЭМАНАТОРИЯ И РАДИОАКТИВНЫХ ПОВЯЗОК С РАДОНОМ И ЕГО ДОЧЕРНИМИ ПРОДУКТАМИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Панов С.В. (spanov@list.ru; +7(8422)52-0202), Маршева С.И. (spanov@list.ru; +7(8422)52-0202)

Санаторий «Радон», Ульяновский государственный университет, Ульяновск; Ульяновский государственный университет, СКК «Мрия», Ялта

Остеоартритом (ОА) страдают 20% населения Земли всех возрастов. ОА является второй по частоте после сердечно-сосудистых заболеваний причиной утраты трудоспособности. Ранее нами были изобретены радоновый эманаторий (патент №2269329) и способ приготовления радиоактивных повязок с радоном и его дочерними продуктами (патент №2583141).

Цель исследования — изучить эффективность сочетанного применения радонового эманатория и радиоактивных повязок в лечении больных ОА.

Материал и методы. В период 2016—2018 гг. 227 больных ОА, проходящих лечение в санатории «Радон», были разделены на три группы. 1-я группа — 75 больных ГА и КА, получали лечение в радоновом эманатории. Концентрация радона в лечебной среде эманатория — 0,15 кБк/л, дочерние продукты распада радона — в состоянии равновесия; температура воздушно-радоновой среды — 37—39 °С, влажность воздуха — 60—80%. Больные находились в эманатории 60 мин, получали процедуры через день, всего на курс — 8—12 процедур.

2-я группа — 74 больных ГА и КА, получали лечение радиоактивными повязками суммарной активностью 1,5 МБк, продолжительностью 180 мин. Пациенты приняли по 8—12 процедур.

3-я группа — 78 больных ГА и КА, получали сочетанное лечение радоновым эманаторием и радиоактивными повязками с радоном и его ДПР. Пациенты находились в эманатории 60 мин. Затем на 180 мин на пораженные суставы больным накладывались радиоактивные повязки. Больные получали процедуры через день, №8—12.

Группы больных сформированы методом случайной выборки. Пациенты при поступлении распределялись по группам с помощью таблицы случайных чисел, сгенерированной в Excel. Больные всех групп были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания, основным клинико-лабораторным показателям и рентгенологическим данным, характеризующих тяжесть заболевания. В исследование включались пациенты с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов, удовлетворяющие диагностическим критериям Американской коллегии ревматологов (R. Altman, 1991), имеющие I—III стадии по Kellgren—Lawrence, с выраженностью болевого синдрома по ВАШ 4 см и необходимостью приема НПВП.

Результаты и обсуждение. Под влиянием проведенного лечения было получено достоверное улучшение клинических показателей у всех групп больных. При этом более выраженный обезболивающий эффект наступал у пациентов, которым на пораженные суставы накладывались радиоактивные повязки (больные 2-й и 3-й групп). Наиболее значительным и стойким терапевтический эффект был у пациентов, принимавших в комплексной терапии посещение радонового эманатория и наложение радиоактивных повязок (больные 3-й группы). Кроме болевого синдрома у них была лучше динамика индексов Лекена и WOMAC, утренней скованности и подвижности суставов.

Вывод. Сочетанное применение радонового эманатория и радиоактивных повязок с радоном и его ДПР в комплексном лечении больных ОА приводит к лучшим результатам.

* * *

ОБ ИЗОБРЕТЕНИИ РАДОНАРИУМА

Панов С.В. (spanov@list.ru; +7(8422)52-0202), Маршева С.И. (spanov@list.ru; (8422)52-0202)

Санаторий «Радон», Ульяновский государственный университет, Ульяновск; Ульяновский государственный университет, СКК «Мрия», Ялта

Актуальность изобретения состоит в широком распространении заболеваний, при которых его применение эффективно (болезни органов опоры и движения, нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, кожи, эндокринные заболевания, гинекологическая патология).

Радонотерапия давно и успешно используется для лечения самых разных заболеваний; применяются общие и местные процедуры. Наиболее часто применяемыми общими радоновыми процедурами являются купание в радоновой воде, воздушные радоновые ванны и радоновые ингаляции.

Эффективность отдельных форм радонотерапии различна при разной патологии. Так, водные ванны доказали свою высокую эффективность при лечении болезней опорно-двигательного аппарата, эндокринных заболеваний, воздушные ванны — при лечении болезней кожи, радоновые эманатории — при патологии суставов и позвоночника; радоновые ингаляции наиболее эффективны при заболеваниях органов дыхания, а парорадоновые процедуры — при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Радоновой процедуры, одинаково эффективной при разных заболеваниях, не существует ни на природных радоновых курортах, ни в центрах радонотерапии, использующих радон, полученный в радоновых лабораториях.

Цель исследования — получить устройство, позволяющее оказывать воздействие на пациента с лечебными целями воздушно-радоновой, паро-воздушно-радоновой смеси, а также радоновой воды заданных концентраций радона.

Суть изобретения. Радонариум состоит из лечебной камеры и технологического отсека. Лечебная камера представляет собой сочетание радонового эманатория, парорадонового эманатория и радоновой писцины.

Технологический отсек оборудован системами поддержания микроклимата и видеонаблюдения за пациентами и оснащен специальным дозирующим устройством, состоящим из распределительной камеры и регулятора скорости истечения концентрата радона. Из распределительной камеры выходят патрубки радонопроводов в пароэманаторий, эманаторий и писцину. Диаметры радонопроводов различны и рассчитаны пропорционально заданной концентрации радона в трех лечебных средах. Дозирование осуществляется за счет изменения объемной активности радона в порционной фляге и изменения потока концентрата радона регулятором скорости истечения. Дозирующее устройство поддерживает постоянную активность радона в них в течение процедуры. Используемые концентрации (активности) радона: пароэманаторий — 15 Бк/л, эманаторий 150 Бк/л, писцина — 1,5 кБк/л. Предлагаемое устройство (патент №2677050 от 15.01.19) позволяет менять условия отпуска процедуры: температуру и влажность лечебной среды, содержание радона в лечебных средах, за счет чего регулировать поглощенную пациентами эффективную дозу. Использовать радонариум можно круглый год, в любой местности; привязка к природному источнику радона не требуется.

Вывод. Радонариум сочетает в себе водные, воздушные и парорадоновые ванны, а также ингаляционную радонотерапию. Строительство сети радонариумов может внести существенный вклад в оздоровление населения Российской Федерации.

* * *

РАЗРАБОТКА И ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ДЕСИНХРОНОЗА У СПОРТСМЕНОВ

Петрова В.В., Разинкин С.М., Петров А.А., Брагин М.А.

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна», Москва

Сохранение высокого уровня функциональной готовности спортсменов на соревнованиях в разных географических точках, несмотря на длительные трансмеридиональные перелеты, определяет актуальность проведения подобных исследований.

В настоящем исследовании разработаны и обоснованы методы профилактики и коррекции десинхроноза у спортсменов. При этом мы выделяем особенности подготовки к перелету; методик, используемых во время полета, а также после перелета, на месте проведения сборов или соревнований.

В период подготовки к перелету: соблюдать режим (даже в выходные); ввести в свой ежедневный график дополнительные маркеры времени: выполнение специфических действий в одно и то же время, которые будут сопровождаться определенными сигналами (будильник, текстовое или голосовое напоминание, вибрация фитнес браслета и др.); обеспечить себя индивидуальным набором для улучшения условий перелета (компрессионные гольфы, беруши, маска для глаз, подушка для шеи, валик для поясницы); хорошо отдохнуть накануне перелета; по возможности выберите места у аварийного выхода (если рост и вес спортсмена того требуют).

Во время длительного полета необходимо: выполнять легкие физические упражнения каждый 40—60 мин; потреблять не менее 250 мл жидкости каждые 2 ч (преимущественно воду или изотонические напитки) и откажитесь от кофе и алкоголя; вы-

бирать продукты с высоким содержанием белка при перелете утром или днем и углеводов, при перелете вечером; спать, во время перелета, стоит только в том случае, если сон совпадает с ночным временем постоянного места жительства; воспользоваться берушами и маской для глаз. Используйте подушку для шеи и валик для поясницы.

На месте проведения сборов или соревнований уделите внимание следующим аспектам: после посадки нужно продолжить жить по привычному распорядку дня используя установленные ранее маркеры времени; желательно сохранить 5-кратный прием пищи; используйте занавески, жалюзи или ставни на окнах номера, при раннем отбое или позднем подъеме, а яркое искусственное освещение при бодрствовании, когда на улице уже темно; пользуйтесь фитнес-трекером с функцией умный будильник, для более полноценного сна и легкого пробуждения; используйте водные процедуры: для повышения «тонуса» принимайте контрастный душ; для успокоения — теплую ванну перед сном; используйте акупрессуру; используйте методы психологической самокоррекции (методики «торможения», «разгонки» и «остановки внутреннего диалога»).

Данные рекомендации оформлены в виде «Памятки для спортсменов». Они получили высокую оценку врачами команд Континентальной Хоккейной Лиги. Успешно использовались членами Российских сборных по стрельбе и тяжелой атлетике, которые подчеркнули необходимость информирования всех Олимпийских сборных России об этой «Памятке».

* * *

ПЕЛОИДОТЕРАПИЯ НА ОСНОВЕ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ РЕСУРСОВ КРЫМА

Поберская В.А., Нагаец О.А.

ФКУЗ «Санаторий «Буревестник» Министерства внутренних дел Российской Федерации», Евпатория

Потенциал природных лечебных ресурсов Крыма характеризуется наличием пелоидов лиманно-долинного и вулканического происхождения. В условиях бальнеогрязевых курортов Евпатория и Саки применяется наиболее полный спектр методик пелоидотерапии. Иловые сульфидные грязи восточного и западного бассейнов озера Сакское сохраняют высокую биологическую активность и находятся под контролем режимно-эксплуатационной станции. Подведение рапопроводов непосредственно от грязевого озера к ряду санаторных учреждений Сакского курорта позволило сохранить методологию отпуска процедур по классическим методикам. Применение душа с рапой после завершения грязевых процедур направлено на потенцирование лечебного эффекта. Важным аспектом при назначении пелоидотерапии является соблюдение принципа совместимости бальнеогрязевых процедур с учетом продолжительности периода последействия активных лечебных факторов. Эффективно использование пелоидов в грязевых разводных и газо-грязевых ваннах. В качестве объектов лечебных категорий представляют значение отдельные соляные озера западной части Крыма. Донные отложения и покровная вода озера Джарылгач, расположенного в северо-западной части Тарханкутского полуострова, характеризуются как иловые сульфидные высокоминерализованные грязи и бромная, борная хлоридная магниево-натриевая рапа. Среди Евпаторийской группы озер, имеющих иловые сульфидные соленасыщенные грязи с разной биологической активностью, заслуживают внимания Ойбургское озеро, Галгасское, Тереклы, Аджи-Байчи. Альтернативу использования пелоидов в лечебных целях представляют грязи вулканического происхождения. Восточный регион Крыма отличается наличием озер Булганакского сопочного поля. Для пелоидов вулканического происхождения указанного месторождения характерно содержание расширенного спектра минерально-органических веществ и высокая биологическая активность, что представляет одно из важных направлений развития пелоидотерапии в Крыму.

* * *

ВИТАЛЬГАР КАРДИО — НОВЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКТ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Подкорытова А.В.[1], Аветисян А.А.[2], Шашкина И.А.[2], Фирсакова В.Ю.[3], Дорохова О.В.[3] (podkor@vniro.ru; +7(499)264-9578)

[1]Всероссийский научно-исследовательский институт рыбного хозяйства и океанографии (ФГБНУ «ВНИРО»), Москва; [2]ООО НПК «Вита-Ли», Дмитров; [3]Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна», Москва

Наиболее распространенными осложнениями сердечно-сосудистых заболеваний являются нарушения ритма сердца (Бокерия и соавт., 2010; Москвина, 2012]. Заболевания сердца и сосудов привлекают особое внимание со стороны представителей превентивной и профилактической медицины. В связи с этим актуальны исследования по применению специализированных пищевых продуктов (СПП) диетического лечебного профилактического питания в комплексной терапии у кардиологических больных с нарушениями сердечного ритма. Актуальность применения СПП диетического лечебного и профилактического назначения, определяется не только состоянием здоровья, но и качеством питания современного человека, а также экологической составляющей территорий проживания. Новые технологические решения при получении диетических лечебных и профилактиче-

ских СПП на основе морских бурых водорослей семейства *Laminariaceae* (ламинарий), содержащих комплекс биологически активных веществ (БАВ) и обладающих рядом лечебных свойств разработаны и применены практически на предприятии НПК ВитаЛи. Главными БАВ ламинарий являются альгиновые кислоты, на основе которых в технологическом процессе созданы СПП биогели Витальгар Кардио с калием, магнием и Витальгар Кардио с калием, магнием и боярышником. Биогели растворяются в воде, обладают вязкостными и обволакивающими свойствами. Количество калия и магния в суточной дозе биогелей (100 г) составляет около 20% от нормы суточного потребления этих микроэлементов. Калий-магниевые альгинаты — активные адсорбенты токсинов различной этиологии, а также радионуклидов, тяжелых металлов и избыточного количества липидов (жиров). В связи с этим биогели могут применяться для их ускоренного выведения путем адсорбции в ЖКТ. При этом калий и магний поступают в организм человека и усваиваются в процессе метаболизма. Это важнейшие микроэлементы необходимые для нормальной деятельности сердечно-сосудистой системы. Магний участвует во многих физиологических процессах, обеспечивающих нормальное функционирование организма. Это один из основных участников процесса формирования костей, энергетического и углеводного обменов, регулирования работы нервной ткани, оказывает влияние на ритм сердечных сокращений. Участвует в регуляции артериального давления, препятствует образованию тромбов, предотвращает стенокардию, усиливает действие калия, благодаря чему поддерживается нормальное состояние мышечной ткани. Суточная доза потребления магния 300—450 мг. Калий — важнейший строительный материал клеток, регулирует кислотно-щелочной баланс крови и принимает активное участие в передаче нервных импульсов. Оказывает положительное влияние на нервную и сердечно-сосудистую системы, нормализует давление, повышает выносливость всего организма. В сутки человеку требуется 2000—2500 мг калия. Вторая форма биогеля Витальгар Кардио, кроме калия и магния содержит водный экстракт из сушеных плодов боярышника, обладающего кардиотоническим действием. Экстракт содержит БАВ боярышника: флавоноиды (кверцетин, гиперин, гиперозид, витексин), органические кислоты (лимонная, олеиновая, урсоловая, кратегусовая, кофейная, хлорогеновая), каротиноиды, дубильные вещества, жирные кислоты, тритерпеновые и флавоновые гликозиды, бета-ситостерин, холин, низкомолекулярные углеводы, витамины и пектины. Проведены клинические исследования с целью установления эффективности применения биогеля из ламинарии Витальгар Кардио с калием и магнием и Витальгар Кардио с калием, магнием и боярышником в комплексном терапевтическом лечении кардиологических больных с нарушениями сердечного ритма на базе ФГБУ «Государственный научный центр РФ, Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна». Результаты клинических испытаний показали, что обе формы биогеля Витальгар Кардио одинаково хорошо переносились всеми без исключения пациентами (в обеих экспериментальных группах, независимо от гендерного признака). Зарегистрированы снижения показателей артериального давления. Лабораторные исследования динамики уровня калия и магния в крови у пациентов показали достоверный прирост этих катионов у пациентов во всех группах, что отражает основные клинико-биохимические свойства биогеля Витальгар Кардио. Динамика липидного профиля на фоне терапии у пациентов в обеих группах показала положительный результат в виде нормализации липидного обмена. Углеводный обмен у пациентов обеих групп за весь период наблюдения находился в пределах референсных значений у здоровых пациентов относительно СД; у больных, страдающих СД, в пределах целевых величин гликемии. При этом у части пациентов на фоне стабильных величин гликемии удалось несколько снизить дозу гипогликемических препаратов. Применение в терапии у пациентов с нарушениями сердечного ритма различного генеза коктейлей, приготовленных из Витальгара Кардио с калием и магнием, дважды в день в течение 30 календарных дней привело к улучшению общего самочувствия, некоторой потере массы тела, улучшению деятельности пищеварительной и выделительной систем, улучшению состояния кожи. На фоне комплексной терапии в обеих группах отмечалась положительная динамика психоэмоционального состояния при оценке уровня качества жизни. Не было зарегистрировано отрицательной динамики как по нарушениям ритма сердца, так и по основному и сопутствующему заболеваниям; не потребовалось прекращения приема биогеля по медицинским показаниям. На фоне комплексной терапии у пациентов с нарушениями сердечного ритма различного генеза и морфологии отмечено улучшение переносимости физических нагрузок, снижение показателей BNP, снижение функционального класса сердечной недостаточности. Заметно лучшая динамика была отмечена в группе пациентов, получавших биогель с боярышником.

На основании результатов проведенных клинических исследований разработаны рекомендации по применению: СПП биогели из ламинарии Витальгар Кардио с калием, магнием и Витальгар Кардио с калием, магнием и боярышником рекомендовано применять в виде водных коктейлей в комплексной терапии у кардиологических больных с нарушениями сердечного ритма различного генеза дважды в день по 200 мл в течение 30 календарных дней. По рекомендации врача курс приема можно продолжить до 3 мес.

* * *

КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ И ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Полякова А.Г. (ag.polyakova@yandex.ru; +7(903)848-8065), Шейко Г.Е., Бугрова Е.С.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Детский церебральный паралич (ДЦП) относится к наиболее тяжелым последствиям перинатальных поражений ЦНС и служит одной из главных причин детской инвалидности. Наличие моторно-вегетативного сопряжения приводит к необходимости оценки сегментарной активности вегетативной нервной системы (ВНС) и разработке патогенетически обоснованных методик нейрореабилитации, что и явилось целью исследования.

Основная группа (ОГ) включала 29 пациентов (средний возраст 5,4±1,05 года) с ДЦП в виде спастической диплегии (G80.1). Средний уровень двигательных нарушений по шкале GMFCS составил 1,83±0,5 года. Группу сравнения (ГС) составили 11 здоровых сверстников без неврологической симптоматики.

Клинико-неврологическое обследование включало жалобы, анамнез и осмотр невролога. Оценка моторики рук проводилась по классификации MACS, уровня спастичности — по шкале Эшворта. Уровень сегментарной активности исследовали по динамике кожных симпатических реакций (КСР) в точках акупунктуры (ТА) методом динамической сегментарной диагностики (ДСД). Регистрировали показатели вегетативного обеспечения деятельности (ВОД), коэффициенты отклонения для каждого позвоночно-двигательного сегмента и асимметрию вегетативной активности спинномозговых нервов (СМН). Контроль адекватности и эффективности проводимой реабилитации проводился на основании комплексной оценки клинико-функциональных исследований.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 6.0. Уровень статистической значимости был принят равным 0,05.

Анализ результатов у пациентов с ДЦП выявил достоверное снижение показателя общей региональной активности (ОР) грудного отдела позвоночника до 124,4 мкА по сравнению с нормой (146,6мкА) и вегетативной порции отдельных СМН с наличием сторонней асимметрии. На основании динамики показателя ОР в ходе исследования дети распределялись в клинико-реабилитационные группы для проведения комплексной реабилитации (ЛФК, электростимуляция мышц, массаж, рефлексотерапия) с индивидуальным объемом и направленностью воздействия.

Рефлексотерапия (РТ) включала поверхностную РТ с использованием лежаков Redox вдоль всего позвоночного столба до появления легкой гиперемии кожи. Это позволяло оказывать рефлекторное сегментарное раздражение сразу на несколько метамеров, уменьшить проявления регионарного постурального дисбаланса мышц, улучшить нервную трофику и кровообращение соответствующих зон и адаптировать больного к предстоящим процедурам. Для купирования спастики мышц подключалась методика КВЧ-пунктуры в шумовом режиме излучения (53—78 ГГц, дозой 0,12 мДж). Курс 7—10 процедур.

В результате проведенной реабилитации клинически у 18 детей определялось улучшение в виде регресса нейропатологических синдромов, подтвержденное статистически значимым нарастанием показателей по шкале FM-88 ($p<0,0001$), снижением уровня по шкале Эшворта ($p=0,0005$), MACS ($p=0,0078$), нормализацией ОР грудного отдела позвоночника и тенденцией к нормализации вегетативной порции СМН. У пациентов без улучшения (11) значимого изменения показателей не отмечалось.

Таким образом, изучение особенностей сегментарной вегетативной иннервации позволило разработать новые патогенетические подходы к дифференцированной коррекции имеющихся двигательно-вегетативных расстройств у больных с ДЦП.

* * *

ФИЗИЧЕСКИЕ ЦИКЛИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ И ТРЕНИРОВКИ В УВЕЛИЧЕНИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ И СТРАТЕГИИ АНТИСТАРЕНИЯ

Пономарев В.А. (pva377@mail.ru; +7(978)791-6077)

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского, Симферополь

В последнее десятилетие наблюдается четкая тенденция к понижению величины показателей здоровья у молодых людей и уменьшению продолжительности жизни у лиц пожилого возраста.

Цель исследования — выявить удельный вес факторов риска и антириска цереброкардиоваскулярной и другой заболеваемости в изменении продолжительности жизни человека.

Материал и методы. У 300 больных с цереброкардиоваскулярной патологией (ЦКВП) выявлялась корреляционная связь и удельный вес этих факторов, играющих положительную и отрицательную роль в формировании уровня здоровья, патологии и продолжительность жизни. Проведен многофакторный анализ в однотипных по наследственной предрасположенности группах по раннему и позднему развитию атеросклероза и его осложнений, по ранней и поздней смертности, а также по положительному и отрицательному влиянию на эти факторы гипокинезии и многолетних физических тренировок различной интенсивности (низкая, средняя и высокая) и направленности (аэробная и анаэробная), рацио-

нального питания и других эндо- и экзогенных средовых факторов.

Результаты. В результате исследований выявлена прямая высокая корреляционная зависимость между ранним развитием атеросклероза и его осложнениями, а также уменьшением продолжительности жизни при гипокинезии. В то же время выявлена высокая корреляционная связь с повышением продолжительности жизни и высоким уровнем аэробного энергообмена при физических циклических тренировках на выносливость и длительных физических циклических упражнениях, более выражено при высоких и средних интенсивностях, чем при низких, что более выражено при физических тренировках аэробной, чем анаэробной направленности. Корреляционное влияние этих факторов на увеличение продолжительности жизни и уменьшение риска ЦКВП и другой соматической заболеваемости и смертности определяется примерно в таком соотношении: многолетние физические циклические тренировки — 10—40%.

С одной стороны — положительная корреляционная зависимость влияния физических циклических тренировок аэробной направленности на увеличение продолжительности жизни. С другой стороны — в виде обратной корреляционной зависимости наблюдается снижение влияния других факторов, а именно: рациональное питание — 30—15%; наследственная предрасположенность — 20—10%; вредные привычки — 10—5%; неблагоприятные факторы внешней среды — 10—5%. В то же время состояние здравоохранения, влияет незначительно — лишь 10%. Это оптимум соотношения этих факторов. Однако при уменьшении процента многолетних физических циклических тренировок (положительное влияние) на столько же выявляется увеличение суммарного процента влияния вредных факторов (отрицательное влияние), что в целом можно назвать явлением перетекания из положительных в отрицательные и наоборот. Максимальную оздоровительную роль в повышении уровня здоровья и увеличении продолжительности жизни человека на 10—25 лет играют многолетние физические циклические упражнения и тренировки.

Вывод. Регулярные физические циклические упражнения и тренировки предотвращает развитие заболеваемости у человека и максимально увеличивают продолжительность жизни, что имеет общепопуляционное действие.

* * *

АЛГОРИТМ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОБАЛЬНЕОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ С УЧЕТОМ ИНТЕНСИВНОСТИ ИХ ДЕЙСТВИЯ И УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Пономарев В.А. (pva377@mail.ru; +7(978)791-6077)

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского, Симферополь

Повышение эффективности физиобальнеотерапии больных с любой патологией является важной проблемой здравоохранения.

Цель исследования — повысить эффективность применения физиобальнеотерапевтических факторов (ФБТФ) путем сочетанного их использования с учетом интенсивности действия и уровня физического состояния (УФС) пациентов.

Материал и методы. Проведены комплексные исследования 500 пациентов, из которых 400 больных составили основную и 100 больных — контрольную группу. В основной группе применялось сочетание нескольких разных по классу ФБТФ, назначаемых с учетом принципов ФБТ, а также выносливости организма человека, максимального потребления кислорода (МПК), УФС, а также предложенной нами систем градаций легко-, средне- и сильноинтенсивного действия.

Условно легкой интенсивностью действия ФБТФ считаем использование гальванического тока, токов низкой частоты, ультратона, дарсонваля, массажа, света, пелоидотерапии в виде 1—2 аппликаций, назначаемых на зону, удаленную от рефлексогенной, лечебной грязи до 30% нерефлексогенной поверхности тела, полуванн 36—37 °С, теплого душа 35—32 °С, а также массажа до 2,5 массажные единицы, дозированных климатопроцедур и лечебной гимнастики. Им присваиваем 1 условную ФТ-единицу (далее 1 у.е.)

Средней интенсивностью с условным присвоением 2 у.е. считаем использование этих же ФБТФ на рефлексогенную зону, а также применение в малых дозах обладающих общерефлекторным действием ЭП УВЧ, СВЧ, УЗ и т.п., из гидропроцедур — ванны, тонизирующие души 31—29 °С, купания в бассейне по соответствующей (слабой-средней-сильной) холодовой нагрузке, из грязевых пелоидопроцедур 31—50% поверхности тела, общий восстановительно-седативный массаж.

Сильной интенсивностью действия ФБТФ (3 у.е) считаем использование ЭП УВЧ, СВЧ, УЗ в больших терапевтических дозах, а также более интенсивных гидропроцедур — душ Шарко 29—23 °С, закаливающий Шотландский душ, сауна, купания в бассейне с гидровоздействиями на все рефлексогенные зоны, лечебная грязь более 50% поверхности тела и

другие пелоидопроцедуры более 3 аппликаций на рефлексогенные зоны, а также общий восстановительно-тонизирующий массаж.

Результаты. При очень плохом УФС МПК < 25 мл/мин/кг назначались 2 у.е. ФБТФ. При плохом УФС с МПК 25—32 мл/мин/кг назначались 4 у.е. При удовлетворительном УФС с МПК 33—42 мл/мин/кг назначались 6 у.е. ФФ. При хорошем УФС с МПК 42—51 мл/мин/кг назначались 8 у.е. ФФ. Эфективность реабилитации пациентов по данным непосредственных и отдаленных результатов лечения в основной группе, в сравнении с контрольной, была выше на 25—35%.

Вывод. Подобный подход сочетанного применения ФБТФ у пациентов с учетом их интенсивности действия, МПК и УФС пациентов повышает эффективность реабилитации 25—35%.

* * *

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СТРАТИФИКАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Пономарева Н.Ю., Митьковский С.В., Ямпольская Е.Н., Кузнецова Н.Э., Кочетков А.В.

ФГБУЗ «Центральная клиническая больница восстановительного лечения» Федерального Медико-биологического Агентства России, Клиника «Голубое», Московская область

В Национальных рекомендациях по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти (ВСС) подходы к прогнозированию и предотвращению фатальных кардиособытий у различных категорий больных и групп населения рассматриваются с учетом факторов риска, генеза и проявлений сердечной патологии. Методами персонифицированной медицины сегодня активно реализуется диагностика и интерпретация генетических и средовых индивидуальных особенностей, от которых зависит алгоритм и эффективность превентивных мероприятий в кардиологии.

Цель исследования — стратификация риска для первичной или вторичной профилактики ВСС при реабилитационно-восстановительном санаторно-курортном лечении на основе генетического консультирования с молекулярной диагностикой моногенных мутаций или анализа полиморфизма генов мультифакторных заболеваний (МФЗ), определяющих риск развития ишемии, тромбоза, геморрагии и жизнеугрожающих нарушений ритма сердца.

Материал и методы. Объект — пациенты с сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными нарушениями; здоровые люди, планирующие валеореабилитацию или восстановительное лечение в учреждениях санаторно-курортного профиля. Методы: генетическое консультирование с анализом данных клинических, лабораторных, функциональных обследований (ЭКГ, Холтер-ЭКГ, УЗИ сердца, нагрузочные тесты) и генеалогического анамнеза для выявления наследственно-детерминированных особенностей и факторов риска ВСС. Молекулярная диагностика: секвенирование генов, включенных в панель «Наследственные заболевания сердца»; определение (с применением полимеразной цепной реакции) полиморфизма регуляторных генов, ассоциированных с индивидуальными особенностями развития кардиопатологии и метаболизма фармпрепаратов. Трактовка результатов генотипирования с применением разработанных в ФМБА России методов диагностики, реабилитации и профилактики ВСС.

Результаты. В Клинике «Голубое» генетическое обследование проводилось для вторичной профилактики (у пациентов, имевших в анамнезе сердечный арест) и для первичной профилактики (у пациентов, имевших факторы риска ВСС). Генодиагностика с учетом семейного анамнеза позволяет: заранее, до развития фатальных клинических проявлений, выявить мутации, которые могут быть причиной ВСС; оценить унаследованные особенности метаболизма и адаптации к средовым воздействиям — риск развития МФЗ, осложнений; выбрать необходимые биомаркеры; выстроить индивидуальный алгоритм профилактики ВСС при восстановительном и санаторно-курортном лечении.

Вывод. Применение персонифицированного подхода на основе генетического обследования позволяет вести пациентов с риском ВСС предиктивно, с адресными кардиологическими функциональными обследованиями, обоснованием необходимости интервенционных методов: установки имплантируемого кардиовертер-дефибриллятора, радиочастотной абляции, хирургического лечения, исходя из витального и генетического прогноза, оценивать адаптационно-реабилитационные возможности, в том числе спектр приемлемых санаторно-курортных процедур.

* * *

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. НАУКОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Пономаренко Г.Н.[1, 4] (ponomarenko_g@mail.ru; +7(812)544-2266), Кантемирова Р.К.[1, 2, 3] (terapium@yandex.ru; +7(921)933-0799), Свиридова Е.О.[1] (doctor.sviridova@mail.ru; +7(921)588-9764), Трифанова А.Ю.[1] (amaltseva90@gmail.com; +7(911)120-8661), Ковлен Д.В.[4] (denis.kovlen@mail.ru; +7(967)344-7786), Адхамов Б.М.[4] (b.adhamov@mail.ru; +7(812)292-3436)

[1]ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства социальной защиты Российской Федерации Минтруда России; [2]Санкт-Петербургский государственный университет; [3]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России; [4]ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Во всем мире ишемическая болезнь сердца (ИБС) является самой распространенной причиной смерти, и ее частота возрастает. В настоящее время ИБС является причиной почти 1,8 млн смертей в год, или 20% всех смертей в Европе, хоть и с большой разницей между странами. Задачами физического аспекта реабилитации пациентов с ИБС являются поддержание и повышение физической работоспособности, реадаптация к бытовым и производственным нагрузкам, улучшение физического и психического статуса, коррекция качества жизни пациента. Установлено, что именно комплексная кардиореабилитация улучшает клиническое течение заболевания и даже оказывает положительное влияние на торможение прогрессирования атеросклероза, повышает толерантность к физической нагрузке (ФН), нормализует липидный спектр крови и позитивно воздействует на психологическое состояние пациента. Для определения комплекса реабилитации для пациентов с ИБС необходимо провести наукометрический анализ физических методов реабилитации (ФРМ).

Цель исследования — наукометрический анализ доказательных исследований по применению методов ФРМ в терапии больных ИБС.

Материал и методы. Поиск доказательств основан на выборке рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) по ключевым словам («ишемическая болезнь сердца», «стенокардия», «физические методы лечения», «реабилитация», «coronary artery disease», «angina», «physical therapy», «rehabilitation») в электронной базе данных PEDro за последние 10 лет.

Результаты и обсуждение. Общее количество работ по применению ФРМ у пациентов с заболеваниями системы кровообращения, по данным PEDro по состоянию на март 2019 г., составило 421 РКИ и систематических обзоров, из них последние 10 лет опубликованы результаты 232 исследований. Основной объем исследований (86%) посвящен изучению эффективности применения физических упражнений (ФУ). Оценке эффективности тренинга по реабилитации, в том числе традиционной оздоровительной гимнастике посвящены 4,51% исследований. В другие методы ФРМ вошли: CPAP-терапия (1,43%), психологическая коррекция (2,13%), гидрокинезотерапия (0,95%) и др.

Вывод. Проведенный анализ показал, что повышение физической активности при выполнении ФУ улучшает общее физическое здоровье, снижает кардиоваскулярный риск, способствует контролю веса. Регулярное выполнение дозированных ФУ снижает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, снижение общего риска госпитализации, повышает толерантность пациента к физическим нагрузкам, улучшает пиковое поглощение кислорода и увеличивает мышечную силу. С учетом полученных данных, основным методом ФРМ при ИБС являются ФУ, которые могут выступать как в виде дозированных физических нагрузок, так и в виде традиционной оздоровительной гимнастики. Пациенты нуждаются в релаксационной, психологической коррекции, что также диктует необходимость включать данные методы ФРМ в комплексную реабилитацию пациентов с ИБС.

* * *

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ: НАУКОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Пономаренко Г.Н.[1, 4] (ponomarenko_g@mail.ru; +7(812)544-2266), Кантемирова Р.К.[1, 2, 3] (terapium@yandex.ru; +7(921)933-0799), Свиридова Е.О.[1] (doctor.sviridova@mail.ru; +7(921)588-9764), Трифанова А.Ю.[1] (amaltseva90@gmail.com; +7(911)120-8661), Ковлен Д.В.[4] (denis.kovlen@mail.ru; +7(911)257-2328), Адхамов Б.М.[4] (b.adhamov@mail.ru; +7(967)344-7786)

[1]ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства социальной защиты Российской Федерации Минтруда России; [2]Санкт-Петербургский государственный университет; [3]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, [4]ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) входит в число наиболее распространенных заболеваний и занимает 4-е место в мире среди причин смертности. Ежегодно от ХОБЛ умирают

около 2,75 млн человек, что составляет 4,8% всех причин смерти. Основными задачами реабилитации пациентов с ХОБЛ являются улучшение переносимости физических нагрузок, повседневной активности, улучшение качества жизни, снижение выраженности одышки, тревоги и депрессии, а также уменьшение числа и продолжительности госпитализаций и количества осложнений. Для построения комплекса реабилитации таких пациентов необходимо провести наукометрический анализ физических методов реабилитации (ФРМ) и верифицировать технологии ФРМ, обладающие доказанной эффективностью для их дальнейшего персонализированного назначения.

Цель исследования — наукометрический анализ доказательных исследований по применению технологий ФРМ в лечении и реабилитации пациентов с ХОБЛ.

Материал и методы. В исследование вошли рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), имеющие не менее 5 баллов по шкале PEDro, включающей 10 параметров уровня доказательств и качества выполнения РКИ, систематические обзоры и результаты метаанализов с преимущественным включением работ за последние 10 лет на основе анализа базы данных PEDro.

Результаты и обсуждение. Общее количество работ по применению технологий ФРМ у пациентов с ХОБЛ, по данным PEDro по состоянию на март 2019 г., составило 1121 РКИ и систематических обзоров. В конечный анализ были включены 428 исследования. Основной объем исследований (56%) посвящен эффективности применения физических упражнений, в том числе с использованием дистанционного контроля за пациентом и оценкой приверженности и интенсивности проводимых процедур в составе реабилитационных программ. Методам традиционных оздоровительных практик (Тай Чи, цыгун, йога и др.) посвящено 9% публикаций, дыхательной гимнастике — 8% исследований. Анализу эффективности применения технологий неинвазивной вентиляции легких (преимущественно CPAP, NIPPV) посвящено 11% исследований. Другие изученные технологии ФРМ включали: низкочастотную электротерапию, кислородотерапию, акупунктуру и др.: по 4% соответственно.

Вывод. По результатам проведенного анализа применение технологий ФРМ с доказанной эффективностью позволяет повысить качество жизни, связанное со здоровьем, улучшить ряд спирометрических показателей, снизить проявление одышки по опросникам CAT, mMRC, повысить толерантность к физической нагрузке (по данным теста с шестиминутной ходьбой), а также повысить приверженность пациентов к реализации реабилитационных программ, что привело к снижению количества обострений заболевания и числу госпитализаций.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ФГБУ «ДЕТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР» УДП РФ

Почкин Е.О.[1], Никитюк Ю.В.[1], Хан М.А.[2], Вахова Е.Л.[2] (po4kin_eo@mail.ru)

[1]ФГБУ «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации», Москва; [2]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Актуальность и социальная значимость медицинской реабилитации детей с травмами обусловлена высокой распространенностью, тяжелым, нередко прогрессирующим течением, возможностью ранней инвалидизации.

С целью медицинской реабилитации таких больных в Детском медицинском центре (ДМЦ) УДП создана система этапной медицинской реабилитации и разработаны индивидуальные программы медицинской реабилитации (ИПМР) детей с травмами нижних конечностей, включающие, кроме ортопедических мероприятий, магнитотерапию, теплолечение, БОС, кинезотерапию и др.

Цель исследования — оценка эффективности применения ИПМР детей с травмами нижних конечностей на различных этапах медицинской реабилитации.

Обследованы 66 детей с травмами нижних конечностей, средний возраст — 12,5±3,4 года. Из них 41 ребенку проведены реабилитационные мероприятия на 3-м амбулаторно-поликлиническом этапе в ДМЦ, 11 детям — в условиях дневного стационара (3-й санаторный этап медицинской реабилитации) и 14 — на 2-м этапе медицинской реабилитации (круглосуточный стационар на базе санатория).

Критериями оценки эффективности являлись: сенсорная аналоговая шкала (степень болевых ощущений), показатели лазерной флоуметрии, гониометрия, стабилометрия, анализ походки на реабилитационной дорожке, оснащенной возможностью компьютерного анализа показателей характеристик шага и возможностью динамической разгрузки массы тела.

На основании проведенных исследований установлено, что продолжительность восстановления опороспособности (100%) конечностей и объема движений до удовлетворительных показателей (не менее 70% от физиологической нормы движения) зависит от этапа медицинской реабилитации. Сравнительный анализ показал, что сроки восстановления опороспособности конечностей и объема движений составили в среднем 18±2,5 дня для пациентов на 3-м амбулаторно-поликлиническом этапе, 14±2,3 дня — для детей дневного стационара, находившихся на 3-м этапе санаторной реабилитации, 11,9±1,9 дня — для

пациентов на 2-м этапе медицинской реабилитации (круглосуточный стационар).

Таким образом, на основании проведенных исследований установлено, что при травматических повреждениях нижних конечностей применение индивидуальной программы медицинской реабилитации обеспечивает восстановление функций конечностей и редукцию локальной симптоматики в более короткие сроки в условиях круглосуточного стационара по сравнению с другими этапами медицинской реабилитации.

* * *

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

Пушина О.А., Никифорова Е.В.

Филиал «Санаторий-профилакторий «Строитель» ФГУП «Главное военно-строительное управление №8» (ФГУП «ГВСУ №8»), Ижевск

В структуре вертеброгенной патологии ведущее место занимает остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Наибольший процент (70—80%) временной утраты трудоспособности приходится именно на данную группу заболеваний. Не вызывает сомнений необходимость поисков новых технологий, повышающих результативность лечения.

Цель исследования — оценить эффективность комплексной методики лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника с использованием процедуры вертикального подводного вытяжения позвоночника на сертифицированном комплексе КИВ ПВП — «ТММ».

Материал и методы. В течение 3 лет комплексное лечение остеохондроза поясничного отдела позвоночника получили 115 человек в возрасте от 35 до 60 лет, из них: мужчин — 61 (53%), женщин — 54 (47%). В комплексном лечении применялись процедуры: сероводородные ванны (25—100 мг/л), температура 37 °С, 7—12 мин, №10; подводно-вертикальное вытяжение позвоночника в бассейне с водой температура 37 °С, 15 мин, №10; отдых в положении лежа 30 мин; массаж ручной классический области позвоночника 20 мин, №10; отдых в положении лежа 30 мин; ношение пояснично-крестцового корсета средней жесткости 2 ч в вертикальном положении, №10; плавание в бассейне 20 мин, температуре воды в бассейне 30 °С, №10; аппаратная физиотерапия №10.

Результаты и обсуждение. Жалобы на боли в поясничной области различной интенсивности предъявляли 105 (91,3%) человек, интенсивность болевого синдрома у всех пациентов была невысокой. Длительность заболевания составила от 1 до 15 лет. У 39 (33,9%) пациентов имело место стационарное течение заболевания, а у 76 (66,1%) — хронически рецидивирующее течение заболевания. Из общего числа пролеченных — 19 (16,5%) человек прошли комплексное лечение повторно с интервалом от 2 до 7 лет. При этом продолжительность ремиссии заболевания у них составила от 1 года до 10 лет. Эффективность проведенного лечения наблюдалась у 103 (89,6%) из 115 человек в виде уменьшения болевого синдрома, увеличения объема активных движений в позвоночнике. Со слов пациентов, получавших лечение повторно, улучшилось качество жизни, уменьшилась частота, выраженность и продолжительность обострений заболевания.

Вывод. Комплексная методика лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника, с использованием метода подводно-вертикального вытяжения позвоночника помогла достичь положительной динамики в уменьшении болевого синдрома и частоты обострений заболевания. Методика показала свою эффективность, безопасность и хорошую переносимость у людей трудоспособного возраста.

* * *

ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГОТОВНОСТИ В СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ

Разинкин С.М., Петрова В.В., Шулепов П.А., Брагин М.А.

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна», Москва

В спортивной медицине на сегодняшний день нет единой точки зрения на определение понятия «Функциональная готовность спортсменов». Большинство исследователей, используя данный термин, имеют в виду лишь состояние физической работоспособности. Однако, на наш взгляд, функциональная готовность — это готовность функциональных систем организма спортсмена к реализации максимальных спортивных достижений на этапах учебно-тренировочного процесса и соревнованиях, для оценки которой входят целые группы критериев и параметров.

В настоящем исследовании обоснован отбор базовых параметров, позволяющих дать количественную оценку функциональной готовности спортсменов. Исследование проводилось на спортсменах циклических видов спорта с квалификацией не ниже 1-го взрослого разряда (биатлон (35 человек), академическая гребля (72 человека) в группах сравнения с людьми, не занимающимися спортом профессионально.

Были определены основные фенотипические особенности спортсменов по адаптивности их организма с пятью типами реагирования на физическую нагрузку: высокий уровень работоспособности; пластичный тип; стабильный тип; инертный тип, со

срывом адаптационных механизмов или низких адаптационных возможностей.

Из морфофункциональных особенностей наиболее важные, на наш взгляд, следующие параметры: индекс массы тела, мышечная масса, жировая масса, фазовый угол.

По результатам оценки физической работоспособности наиболее показательны следующие параметры: время и(или) мощность выполнения нагрузки (в зависимости от специфического нагрузочного тестирования), время достижения порога анаэробного обмена, время достижения порога аэробного обмена, потребление кислорода на пороге анаэробного обмена, потребление кислорода на пороге аэробного обмена, максимальное потребление кислорода, дыхательный коэффициент.

Результаты клинико-диагностических тестов позволили отобрать следующие важные параметры: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лимфоциты, АЛТ, АСТ, КФК, тестостерон, соматотропный гормон, кортизол.

При оценке состояния гемодинамики отличительные особенности показали следующие параметры: ударный объем, общее периферическое сопротивление сосудов, интегральный показатель функционального состояния системы кровообращения.

Отдельно следует отметить оценку психоэмоциональной устойчивости, состояния стресса и хронического перенапряжения при достижении высоких спортивных результатов, для чего был разработан и апробирован в команде специальный аппаратно-программный комплекс.

Также большое внимание было уделено частоте возникновения острых заболеваний, обострению хронических заболеваний и отсутствию скрытой патологии у спортсменов при прохождении УМО.

Отобранные параметры и разработанные методы диагностики дает возможность определить функциональную готовность спортсменов в команде, что позволяет построить рейтинговую шкалу для тренеров и врачей команды.

* * *

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Разинкин С.М., Сухинин А.В., Киш А.А., Корнилова А.Э.

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна», Москва; Филиал «Клинический санаторий «Волга» ФГБУ «Санаторно-курортный комплекс «Приволжский» Министерства обороны Российской Федерации, Самара

Комплексный подход к назначению программ лечебно-восстановительный мероприятий в условиях санатория направлен на улучшение соматического, психологического и общего состояния здоровья обслуживаемого контингента. Объективность получения и оценки критериев по каждой составляющей положена в основу качества и эффективности применяемых программ. В этой связи очевидна необходимость определения исходного и динамического состояния пациента при нахождении в санатории, включающая дифференциальную диагностику отклонений соматического и психоэмоционального уровня.

С этой целью в качестве пилотного проекта на базе санатория был создан кабинет оценки качества и эффективности оказания лечебно-восстановительных мероприятий с помощью аппаратно-программного комплекса «Диамед-МБС». В частности, объективная диагностика функционального состояния и психологических резервов проводилась военнослужащим, прибывшим на медико-психологическую реабилитацию. Преимуществом данного обследования является минимальное время процедуры — 12 мин, которое позволяет проводить скрининг при большом потоке пациентов. Выходной протокол первичного обследования в автоматическом режиме представляет данные соматического и психологического статуса в виде баллов, что позволяет скорректировать программу реабилитационных мероприятий с учетом индивидуального профиля военнослужащего. Так, низкая балльная оценка соматической составляющей и качественный анализ результатов диагностики предполагает включение/исключение дополнительных/лишних процедур, а снижение психологического статуса и выявление причин психоэмоционального состояния позволяют проводить с военнослужащим направленную психокоррекционную работу.

Выходной динамический протокол оценки качества и эффективности оказанныхреабилитационных мероприятий представляет собой балльную оценку по 5 компонентам: субъективная оценка, анкетные данные (количество жалоб, болевой синдром, антропометрические показатели), психоэмоциональное состояние, соматическое состояние, средневзвешенный интегральный показатель и объективную оценку: «без изменений», «улучшение», «ухудшение».

Первые результаты работы кабинета выявили недостаточно высокую эффективность восстановления психоэмоционального состояния военнослужащих, при этом объективное улучшение общего состояния после реабилитации происходило в большей степени за счет соматического компонента. За 1 год работы кабинета были скорректированы существующие и разработаны новые программы реабилитации, позволившие повысить качество и эффективность оказываемой помощи. Объективизация психодиагностических и психосоматических критериев состояния военнослужащих с помощью

АПК «Диамед-МБС» позволила привлечь внимание специалистов-психологов к проведению направленной психокоррекционной работе с ними.

Таким образом, опыт внедрения кабинета оценки качества и эффективности реабилитационно-восстановительных мероприятий позволил санаторию выйти на более высокий уровень оказания медицинской помощи всему прикрепленному контингенту.

* * *

ЭЛЕКТРОГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ВНЕШНЕГО ИСТОЧНИКА ТОКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНАЦИИ ПЕЛОИДОВ

Разумов А.Н.[1], Трапезников А.В.[2], Тубин Л.А.[3], Юшкин А.С.[2]

[1]Национальная курортная Ассоциация, Москва; [2]Санаторий «Дюны», Санкт-Петербург; [3]ООО «ГИТТИН», Санкт-Петербург

Цель исследования — разработка возможных вариантов оптимизации и персонализации грязелечения с подбором «идеального» пелоида и оптимальной методики его использования для конкретного пациента.

Разработана методика электрогрязелечения без внешнего источника тока с использованием комбинации пелоидов, имеющих различные электрохимические потенциалы. Эта система формирует своеобразный гальванический элемент, электродами которого являются грязевые аппликации. При замыкании внешнего контура через тело пациента протекает электрический ток, который генерируется не внешним источником, а комбинацией пелоидов. Этот ток не ощущается пациентом, не может привести к ожогам и аллергическим реакциям.

По данной методике в санатории «Дюны» пролечены 32 пациента с двухсторонним остеоартритом коленных суставов. Применялись аппликации сульфатно-железистой гиттиевой глины месторождения «Сестрорецкое» (Санкт-Петербург) и сульфидно-иловой морской грязи месторождения «Кизилташский лиман» (Анапа). Контрольные группы составили 97 пациентов: 54 пациентам лечение проводилось по классической методике пелоидотерапии, а 43 — с использованием методики гальваногрязелечения. Все пациенты исследуемой и контрольных групп были сопоставимы по основным клиническим показателям: полу, возрасту, характеру и длительности заболевания, степени функциональных нарушений.

Установлено, что использование предложенного способа грязелечения без внешних источников тока оказывает более выраженный положительный эффект по сравнению с обычными методиками грязелечения. В сравнении с методиками гальваногрязелечения результаты сопоставимы. При этом у пациентов исследуемой группы отсутствовали реакции непереносимости электрического тока, а в контрольной группе подобная реакция была отмечена у 4 пациентов. Преимуществами разработанного способа являются хорошая переносимость, возможность применения в комплексном лечении больных, которым противопоказано традиционное электротерапевтическое лечение, простота и безопасность применения.

Таким образом, предложен, обоснован и апробирован новый способ электрогрязелечения, при котором электрический ток возникает в результате преобразования внутренней энергии пелоидов в электрическую. Предложенный способ открывает широкие возможности по увеличению эффективности пелоидотерапии при минимальных затратах и противопоказаниях.

* * *

ОБ ОТРАСЛЕВОЙ НАУКЕ В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ СФЕРЕ

Разумов А.Н.[1] (a-razumov@mail.ru; +7(495)621-6195), Лимонов В.И.[2], Нестерова Е.В.[3] (evn77@inbox.ru)

[1, 3]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы»; [2]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва

Годы становления современных рыночных отношений характеризуются стремительным упадком научного обеспечения санаторно-курортной сферы в России. Существенно (по разным причинам) уменьшилось количество функционирующих институтов курортологии. К сожалению, выведен из актива научного обеспечения научный потенциал институтов и лабораторий курортологической специализации РАН и тем более институтов курортологии ФМБА, а в продолжающих функционирование институтах резко сократилась численность молодых ученых, в то же время в такой же степени возрос средний возраст научных сотрудников. Молодые ученые не имеют мотивации идти в науку из-за небольшой заработной платы и снижения привлекательности научной деятельности. А некоторые из них больше занимаются не исследованиями по государственному заданию, а подготовкой диссертационных работ. По причине этого значительно повышается ценность ученых старшего возраста, которые являются порой единственными носителями знаний по курортологии и у которых, как правило, нет никаких преемников.

Распадаются десятилетиями создававшиеся научные школы курортологии, безвозвратно исчезает приобретенный в процессе осуществления предыдущих исследований единственный в своем роде научный материал.

Это является результатом того, что растраченный кадровый и научный потенциал трудно восста-

новим, а многие накопленные научные знания не актуализированы, а некоторые просто не сохранены. Такая ситуация не только попирает абсолютно необходимый для науки процесс преемственности знаний и практического опыта, но и постепенно вымывает оставшийся потенциал научной школы курортологии. Можно с сожалением констатировать факт смещения отраслевой курортологической науки в конец отраслевых интересов.

Между тем уже сегодня развитие санаторно-курортной сферы, переход ее на современные принципы, обеспечивающие качественный рост эффективности процессов и услуг, востребованных рынком ограничивается целым пластом сложных вопросов, которые обязана изучать отраслевая наука курортология. Вместе с тем объемы финансовых средств, направленных на научные исследования, существенно не возрастают, а те финансовые средства, что направляются на курортологию, порой расходуются не эффективно. Много важнейших и актуальнейших работ вообще не планируются, и не финансируется. Объем средств, выделяемых государством институтам курортологии, не увязан с их результативностью. Почти все выделяемые средства уходили, да и уходят на заработную плату, коммунальные платежи, текущий ремонт. Для осуществления собственно научных исследований, в том числе исследований с участием пациентов, финансовые средства практически не выделялись.

Учитывая сказанное, считаем необходимым организовать следующие мероприятия:

— Минздраву России и РАН совместно с институтами курортологии сформировать наиболее важные направления научных исследований, определиться с финансированием работ по каждому научному направлению;

— определить специализацию каждого из институтов курортологии, скоординировать их работу так чтоб избежать ненужного дублирования;

— организовать мероприятия по модернизации организационной структуры институтов курортологии, в частности привести в соответствие соотношение количества сотрудников исследовательских и вспомогательных подразделений в пользу первых, привести в соответствие с научной тематикой состав и специализацию научных подразделений.

С целью развития технологий курортной и восстановительной медицины для системы здоровьесбережения предлагаем в программу фундаментальных научных исследований включить:

— разработку концептуальных теорий молекулярных, биотермодинамических, биоинформационных и генетических основ механизмов действия физических факторов;

— исследование терапевтической интерференции бальнеологических, пелоидных, физических факторов новых поколений, рациональной фармакотерапии, психофизиологической коррекции с учетом коморбидности патологий;

— исследование биотермодинамики и кинетики взаимодействия организма человека с природными лечебными факторами (субстанциями);

— развитие физиогенетики, что позволит безошибочно выбирать и прогнозировать эффективность бальнеотерапии;

— разработку новых моделей биологически активных пелоидов и бальнеосредств нового поколения (обогащенные естественные, искусственные минеральные воды и соли, пакетированные пелоиды и др.);

— разработку программ долгосрочной интегральной оценки эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий на санаторно-курортном этапе;

— разработку проблемы ранней реабилитации после оказания ВМП на санаторно-курортном этапе;

— разработку лекарственных средств на основе супрамолекулярных биокатализаторов минерального происхождения;

— исследование проблем превентивной персонифицированной курортологии, канцеропревенции и онкореабилитации;

— разработку здоровьесберегающих технологий, основанных на современных научных достижениях в сфере биомедицинских генных и клеточных технологий, трансляционной и персонифицированной медицины.

* * *

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Рассулова М.А.[1], Уянаева М.А.[2] (m.uyanaeva@yandex.ru; +7(905)747-1414), Ксенофонтова И.В.[1]

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва; [2] ГБУЗ «Городская клиническая больница №4 ДЗМ», Москва

Последние десятилетия отмечается рост хронической обструктивной патологии легких. По мере прогрессирования болезни все больше возрастает роль реабилитационных программ, компонентом которых являются немедикаментозные методы лечения, позволяющие уменьшить проявления хронической дыхательной недостаточности. В этом плане является перспективным применение нормоксической баротерапии.

Цель исследования — изучить влияние комплексного восстановительного лечения с применением нормоксической баротерапии и ингаляций лизоцима в медицинской реабилитации пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Под наблюдением находились 60 пациентов с ХОБЛ (35 женщин и 25 мужчин), средний возраст которых составил 49,7±6,7 года. Критериями включения пациентов в исследование служили: установленный диагноз ХОБЛ средней степени тяжести в фазе полной или неполной ремиссии; дыхательная недостаточность не выше II степени. Процедура нормоксической баротерапии проводилась в барокамере («MEDIconetCo, Ltd») при давлении 0,1—0,3 атмосферы с содержанием кислорода около 30% при скорости подачи 5 л/мин, время воздействия от 20 до 40 мин, в первой половине дня. Через 2—2,5 ч проводилась небулайзерная ингаляция лизоцима в течение 7—10 мин. На курс 10 процедур.

Комплексный лечебно-реабилитационный метод, включающий процедуры нормоксической баротерапии и ингаляций лизоцима, оказал положительное влияние на клинико-функциональное стояние пациентов с ХОБЛ, что сопровождалось уменьшением альвеолярной гипоксии, выраженным снижением сопротивления и спазма легочных сосудов. Курсовое применение комплексной реабилитационной технологии способствовало улучшению проходимости респираторного тракта: повышение $ОФВ_1$ (с 67,7±2,65 до 77,2±2,37, $p>0,5$), индекса Тиффно на уровне крупных, средних и мелких бронхов, повышение ЖЕЛ (с 68,7±2,37 до 79,9±3,0, $p<0,05$), что сочеталось с выраженным улучшением газообменной функции легких (снижение $ПО_2$, увеличение $КИО_2$), что сопровождалось уменьшением компенсаторно повышенного МОД. Благоприятная динамика клинико-функциональных показателей сопровождалась улучшением психологической адаптации и качества жизни пациентов с ХОБЛ.

Вывод. Таким образом, комплексное применение процедур нормоксической баротерапии и ингаляций лизоцима приводит к значимому повышению физической толерантности, выраженному улучшению вентиляционной и газообменной функций легких, а, следовательно, значимому улучшению психологического статуса и качества жизни.

* * *

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРБОКСИТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Ревчук Л.С. (revchuk.ls@ulkurort.ru), Сергеева Л.П., Вафин Н.С., Фатхуллина Р.Р., Агапов О.Ю., Ахмедов С.А.

АО «Ульяновскккурорт», санаторий им. В.И. Ленина, Ульяновская область

По данным ВОЗ, болезнями опорно-двигательного аппарата страдают 80% населения трудоспособного возраста. Общая динамика болезней опорно-двигательного аппарата в России с конца XX века возрастает с каждым десятилетием почти на 30%. Фармакологическое лечение вышеперечисленных заболеваний не всегда эффективно. Применение современных альтернативных методик является важным звеном в комплексной терапии заболеваний опорно-двигательного аппарата на этапе санаторно-курортного лечения. Применение углекислого газа (CO_2) высокой степени очистки в виде инъекций существенно расширило возможности карбокситерапии, как метода лечения при многих заболеваниях. CO_2 оказывает противовоспалительное и болеутоляющее действия.

Изучали эффективность карбокситерапии у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

В исследование принимали участие 25 пациентов в возрасте от 44 до 62 лет. Пациенты с остеоартрозом суставов составили 7 человек, с остеохондрозом позвоночника — 18 человек. Карбокситерапия проводилась прибором $iNCO_2$ («Medexim», Словакия). Базовый курс лечения состоял из бальнеологических и физиотерапевтических процедур, ЛФК, массажа. Клиническая эффективность карбокситерапии оценивалась по динамике болей по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в миллиметрах; шкале Likert в баллах.

Методика проведения карбокситерапии. Пациента укладывали на кушетку. Процедура (подкожный способ) проводилась тонкой иглой 30G длиной 13 мм, угол наклона составлял 45°. Инъекции выполнялись по установленным линиям, с расстоянием между линиями 2—2,5 см. При болях в позвоночнике инъекции CO_2 проводились паравертебрально, в зависимости от локализации поражения (шейный, грудной, пояснично-крестцовый отделы) и в область триггерных точек, при патологии суставов — в область плечевых, коленных, локтевых суставов, мелких суставов кистей. Количество точек для инъекции определялось индивидуально. Скорость потока CO_2 составляла 15—20 мл/мин. Максимальная доза на одну инъекцию не превышала 25 мл/мин. На курс назначалось от 3 до 5 процедур, через день.

У 96% пациентов на фоне терапии отмечено уменьшение болевого синдрома. Субъективное восприятие боли в суставах и позвоночнике по ВАШ после применения карбокситерапии уменьшилось. После лечения оценка боли с использованием шкалы Likert выявила, что боль «очень сильная» и «сильная» не отметил никто, боль «отсутствовала» — у 44% больных, у 32% боль оценивалась как «слабая», «умеренная» — у 24% больных. Анализ оценки общего состояния здоровья, проведенный по шкале Likert, позволил выявить снижение активности процесса после лечения карбокситерапией. Давших оценку «очень плохое» и «плохое» не было, число больных, давших оценку «неплохое», составило 4%, «хорошее» — 56%, «очень хорошее» — 40% пациентов.

Таким образом, положительная динамика у пациентов с заболеваниями опорно-двигательного ап-

парата после курса лечения проявлялась улучшением общего состояния здоровья и снижением уровня болевого синдрома.

* * *

СВЕРШЕНИЯ И БУДУЩЕЕ БОЛЬШОГО ПУТИ. К 95-ЛЕТИЮ САНАТОРИЯ «ШИФАЛЫ СУ-ИЖМИНВОДЫ»

Садыков А.Р., Снадина Р.М. (rozasnadina@yandex.ru)

Лечебно-профилактическое частное учреждение профсоюзов санаторий «Шифалы су (целебная вода) — Ижминводы», Республика Татарстан, Россия

Знаменитой здравнице Татарстана — санаторию «Шифалы су-Ижминводы» 95 лет...

За 95 лет санаторием пройден большой путь — от сезонного санатория с фондом 25 коек до современного круглогодичного многопрофильного курорта на 415 мест. Если в 30-е годы за сезон в санатории получали лечение от 500 до 650, то в последние годы здравница ежегодно принимает от 10 до 14 тыс. больных. За эти годы санаторий «Шифалы су-Ижминводы» подарил здоровье сотням тысяч людей.

Предметом гордости здравницы являются уникальные в своем роде природные лечебные факторы: питьевая среднеминерализованная хлоридно-сульфатная-магниевая-кальциево-натриевая лечебно-столовая вода Ижевского типа «Шифалы-Су» и крепкий бромный, борный хлоридный натриевый рассол (Br 300—400 мг/дм^3, бор 70—100 мг/дм^3, йод 5—10 мг/дм^3), по составу аналогичный водам Красного и Мертвого морей. Помимо мощных природных факторов санаторий оснащен современным диагностическим и лечебным оборудованием, ежегодно пополняющимся новейшими достижениями медицинской техники. В настоящее время «Шифалы су-Ижминводы» является многопрофильной здравницей и располагает всем необходимым для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, эндокринной и мочевыделительной систем, женской и мужской половой сферы.

Главная ценность санатория — люди. Это коллектив единомышленников-энтузиастов санаторно-курортного дела: врачей, медицинских сестер, инструкторов по лечебной физкультуре, кухонно-столового персонала, культурно-массовых работников.

Большое внимание уделяется совершенствованию профессионального уровня медицинского персонала. Врачи и медицинские сестры регулярно повышают квалификацию, осваивают новые методы диагностики и лечения. Повышению качества санаторно-курортного лечения способствует проводимая в санатории активная научно-исследовательская работа по актуальным направлениям курортологии и физиотерапии: изучается эффективность новых и традиционных методов лечения в комплексе с курортными факторами при различных заболеваниях. Только за последние пять лет сотрудниками «Шифалы су-Ижминводы» опубликовано 35 печатных работ в сборниках Международных и Всероссийских форумов.

Большие достижения коллектива санатория «Шифалы су-Ижминводы» отмечены золотыми и серебряными медалями и почетными дипломами на Всероссийских форумах «Здравница», почетными дипломами международных, всероссийских и республиканских выставок и ярмарок.

Стратегическое направление развития санатория — превращение санатория в курорт европейского образца с сохранением лучших традиций и развитием современных медицинских и оздоровительных методик и нового качества сервиса.

* * *

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

Самойлов А.С., Разинкин С.М., Киш А.А., Петрова В.В., Шулепов А.А., Прудников И.А., Сапов Д.А.

ФГБУО «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна», Москва

В настоящее время при обследовании спортсменов регулярно проводится нагрузочное тестирование на беговых дорожках и велоэргометрах. Оборудованием для проведения нагрузочного тестирования оснащены практически все лечебные учреждения.

Цель исследования — разработка оценки эффективности реабилитационно-восстановительных мероприятий у высококвалифицированных спортсменов по показателям физической работоспособности.

Предлагаемый нами алгоритм оценки эффективности методов коррекции функционального состояния спортсмена включает в себя оценку динамики показателей физической работоспособности до и после проведенных реабилитационных и корригирующих мероприятий. Для этого функциональные нагрузочные пробы проводятся в первые 2—3 дня реабилитации и непосредственно перед выпиской спортсмена. Для этого возможно использовать тестирование на тредмиле, велоэргометре или же применять специфические нагрузочные пробы. Специально разработанные нами ступенчатые протоколы нагрузки учитывают вид спорта, спортивную квалификацию и этап учебно-тренировочного процесса.

К наиболее информативным показателям относятся: время выполнения нагрузки, время наступления аэробного (АП) и анаэробного порогов (ПАНО), максимальное потребление кислорода, дыхательный коэффициент, частоты сердечных сокращений на уровне АП, ПАНО и максимальная.

За период с мая 2018 г. нами обследованы 37 спортсменов, проходивших реабилитацию в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна. Среди них более 70% были выписаны с улучшением показателей физической работоспособности. Около 25% сохранили исходный уровень. А один человек к выписке ухудшил показатели физической работоспособности. Данный клинический случай можно объяснить низкой личной мотивацией спортсмена к реабилитационным мероприятиям в связи с желанием закончить спортивную карьеру.

Таким образом, по результатам оценки эффективности реабилитационно-восстановительных мероприятий у высококвалифицированных спортсменов по показателям физической работоспособности, определяемых при эргоспирометрии, мы отобрали следующие критерии: восстановление показателя МПК до уровня модельных характеристик, присущих данному виду спорта; увеличение мощности/скорости/темпа нагрузочного тестирования необходимых для достижения ЧСС ПАНО; замедление прироста ЧСС во время тестирования до достижения ЧСС ПАНО, что свидетельствует об увеличении аэробной производительности; увеличение времени выполнения специфического функционального нагрузочного тестирования и более позднее наступление АП и ПАНО.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОДВОДНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ КОМПЛЕКСЕ «ДИЛУЧ»

Севрюкова В.С., Иванова Е.А.

АО «ДиЛУЧ» санаторно-курортный комплекс, город-курорт Анапа

По данным современной статистики, самыми распространенными хроническими заболеваниями в мире являются дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (Л.Г. Агасаров и соавт., 2017). **Целью исследования** явилось изучение эффективности комплексного воздействия на больных остеохондрозом с применением подводного вытяжения поясничного отдела позвоночника (ПОП) и грязелечения. Обследованы 128 лиц с остеохондрозом ПОП, давших информированное добровольное согласие на участие в исследовании, средний возраст 52,1±3,8 года (33 женщин и 95 мужчин). Обязательным было наличие МРТ ПОП. Путем простой рандомизации сформированы на три группы. Все пациенты получали подводное вытяжение позвоночника на автоматизированном комплексе «Акватракцион», СМТ с новокаином на ПОП, ЛФК. 1-я группа (n=63) получала только вытяжение, 2-я группа (n=34) — комплекс подводное вытяжение, гидро-аэромассаж и подводный душ-массаж, 3-я группа (n=31) получали помимо курса вышеперечисленных методов последующим этапом грязелечение, магнитотерапию, массаж ПОП. Вытяжение проводилось в переменном режиме с силой тяги, увеличиваемой каждую процедуру (Т.Г. Саковец и соавт., 2013). Расчет нагрузки производился индивидуально. Болевой синдром оценивали по шкале Борга, состояние тонуса мышц спины — по стандартной схеме вертеброневрологического обследования (А.А. Скоромец, 2001). Исследование функциональных резервов организма включало кардиоинтервалометрию по Р.М. Баевскому, экспресс-оценку физических возможностей по Г.Л. Апанасенко, тест зрительно-моторной реакции по Т.Д. Лоскутовой, психоэмоционального состояния — тест самооценки САН. В итоге рассчитан интегральный показатель функциональных резервов (ИПФР), с распределением по процентилям. Все тесты проводились пациентам дважды — перед началом вытяжения и по окончании. Статистическую обработку проводили с использованием MSExcel, онлайн-калькуляторов, различия считались значимыми при p<0,05. Критериями исключения являлись противопоказания к вытяжению. Перед началом лечения 87,5% обследованных предъявляли жалобы на боли в пояснице, интенсивность боли находилась в диапазоне от легкой до умеренной. При неврологическом осмотре повышение тонуса длинных мышц спины диагностировано у 94,5%.

По результатам обследования снижение общих функциональных резервов по ИПФР определялось в 27,3%, значительное снижение — 2,3%. По окончании курса подводного вытяжения в 1-й группе легкая болезненность в поясничной области сохранялась у 11,1% (7 человек), во 2-й группе — 5,8% (2 человека), и отсутствовала в 3-й группе. Число больных со сниженными общими функциональными резервами (ИПФР <50%) в 1-й группе сократилось до 19,0% (12 человек), во 2-й и 3-й группе такие больные отсутствовали. Значительный прирост функциональных резервов определялся в 3-й группе. Подводное вытяжение приводит к снижению болей в позвоночнике, улучшению общих функциональных резервов. Выявлен наиболее результативный комплекс для лечения дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника в санаторных условиях.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ В САНАТОРИИ «УРАЛ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА В СОЧЕТАНИИ С АППАРАТОМ АВАНТРОН

Селянина Г.А., Шушарина Л.В., Селянина А.А. (ok@uralsan.ru; +7(35166)2-00-20)

ОАО «Санаторий Урал», Челябинская область

Хронический простатит является распространенным заболеванием.

По статистическим данным, хроническим простатитом страдает каждый 3-й мужчина в возрасте от 20 до 50 лет.

Цель исследования — изучение эффективности использования грязелечения санатория «Урал» в сочетании с аппаратом Авантрон для лечения хронического простатита.

Нами проведено лечение у 213 больных хроническим простатитом.

1-я группа (86 человек) обследованных получала стандартное лечение в условиях санатория, включавшее минеральные ванны, грязевые «Трусы», грязевые ректальные тампоны, микроклизмы с лекарственными травами.

2-я группа (64 человека) обследованных получала минеральные ванны, магнитотерапию на аппарате Авантрон, микроклизмы с лекарственными травами.

3-я группа (63 человека) обследованных получала и то и другое лечение.

Возраст пациентов составлял 36—54 года.

Анализ полученных результатов показал: в 1-й группе достоверно снизились показатели ПСА, нормализовались показатели ОАМ, при исследовании секрета предстательной железы отмечены исчезновение лейкоцитарной реакции и бактериологической флоры. В 3-й группе не только понизились показатели ПСА, но и уменьшились симптомы воспаления предстательной железы, улучшилась сексуальная функция, купировался дизурический и уретральный синдром, у 40 больных зафиксировано улучшение состояния.

Таким образом, наиболее эффективным в лечении хронического простатита является комплекс грязелечения в сочетании с магнитной стимуляцией на аппарате Авантрон.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Селянина Г.А., Шушарина Л.В., Селянина А.А.

ОАО «Санаторий Урал», Челябинская область

Цель исследования — изучение эффективности использования природных санаторно-курортных факторов при лечении детей с данной патологией в условиях санатория «Урал».

За время данной работы на лечении в санатории находились 2790 детей с патологией органов пищеварения в возрасте с 4 до 14 лет, из них у 252 (9%) детей имелись проявления атопического дерматита и пищевой аллергии в фазе субремиссии.

На фоне комплексной курортной терапии были изучены две группы по 96 человек в каждой, группы больных по основным клиническим показателям были идентичны.

1-й группа получала в первой половине санаторно-курортного лечения водные процедуры (морские, минеральные, ароматические ванны), а во второй половине получала грязелечение (общая грязь, гальваногрязь, эфтипелоид). 2-я группа больных получала в первой половине — грязелечение, а во второй — водные процедуры. Половина детей в каждой из групп получала дополнительно лазеротерапию на биологически активные точки (БАТ), а другая половина не получала.

В 1-й группе детей отмечено более эффективное лечение, чем во второй. Особенно хороший результат лечения при сочетании: минеральные ванны, лазеротерапия на БАТ, грязелечение (общая грязь, эфтипелоид). На основании проведенных исследований выявлена высокая эффективность использования лазеротерапии в комплексе санаторно-курортного лечения детей с патологией органов пищеварения в сочетании с аллергическими заболеваниями.

Полученные данные предполагают следующие выводы: анализ многолетней работы санатория «Урал» показал, что наиболее эффективным является комплекс лечения, включающий следующие процедуры: базисная терапия (диетотерапия, прием минеральной воды «Уралочка» внутрь, кишечные процедуры с минеральной водой, кислородный коктейль, минеральные ванны в первой половине лечения; лазеротерапия и грязелечение (общая грязь или эфтипелоид) во второй половине санаторно-курортного лечения.

* * *

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ С КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Семенова М.Я., Шишина Е.В., Аверин С.О.

Санаторий «Сибирь»

«Центр восстановительной медицины и реабилитации» г. Тюмень

Введение: Одним из множества методов лечения опорно-двигательного аппарата при стандартизированном санаторно-курортном лечении является метод постизометрической релаксации (ПИР) в ком-

плексном использовании с кинезиотейпингом. В основе методики ПИР лежит использование пассивного изометрического напряжения, когда после напряжения мышц рефлекторно срабатывает механизм понижения мышечного тонуса. Лечебный эффект достигается путем плавного растяжения мягких тканей в заданном специалистом мануальной медицины направлении. При этом выполняется кратковременное мышечное противодействие минимальной интенсивности со стороны пациента мягкому воздействию мануалиста с последующим увеличением амплитуды растяжения конкретных анатомических сухожильно-мышечных структур и их релаксации. Для создания условий продолжительного терапевтического эффекта после ПИР, осуществляется кинезиотейпирование.

Актуальность: По статистическим данным в нашем учреждении заболевания опорно-двигательного аппарата составляют 83%. Клинические проявления часто сопровождаются миофасциальными проявлениями приводящими к миофиброзу и вторичным мягкотканым контрактурам пораженных сегментов позвоночного столба и конечностей. Провоцируют мышечно-фасциальный болевой синдромом, нарушая функцию опорно-двигательного аппарата, качество жизни человека. Вторичный болевой синдром часто является причиной утраты временной трудоспособности. Существует необходимость поиска новых безопасных, эффективных, низкозатратных немедикаментозных методов лечения этой патологии в рамках санаторно-курортной реабилитации.

Цель: Проанализировать эффективность комплексного использования ПИР и кинезиотейпинга для купирование миофасциального болевого синдрома при стандартизированном санаторно-курортном лечении.

Материалы и методы: в 2018 году ПИР с последующим кинезиотейпированием получили 720 человек. У всех диагностирован миофасциальный синдром различных локализаций. Средний возраст пациентов составил 38-62 года, а соотношение по полу: мужчины/женщины - 1:2. Для подготовки к ПИР, чтобы разогреть и расслабить спазмированные мышцы мы предварительно использовали щадящие методики лечебной физкультуры (ЛФК), массаж, локальные тепловые процедуры (озокерит, грязелечение, физиолечение). Для оценки результатов проводимого лечения использовалась субъективная оценка самого пациента по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ), определение объема движений в суставах (активных и пассивных), контроль улучшения осанки до и после лечения (по В.О. Марксу «Исследование ортопедического больного»)

У данной категории пациентов выявлены: ограниченные движения в сторону, противоположную спазмированной мышце, нарушение осанки, образование болезненных уплотнений в мышцах, боль в местах крепления мышцы к надкостнице.

Критерии исключения: лихорадка; поражение кожного покрова в области предполагаемого воздействия; выраженный болевой синдром при проведении манипуляции; декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний; сердечно-легочная недостаточность выше 2—3 стадии; тромбофлебит, тромбоз, тромбоэмболия; нарушения сердечного ритма; выраженный атеросклероз сосудов головного мозга; транзиторная ишемическая атака, риск развития острого нарушения мозгового кровообращения, инсульта.

Результаты: Купирование болевого синдрома и полное восстановление функции получено у 694 человек (96,3%), уменьшение болей с сохранением ограничений объема движений в суставах и сегментах позвоночника у 26 человек (3,7%). При стандартизированном санаторно-курортном лечении миофасциального синдрома, дополнительное использование ПИР и кинезиотейпинга давало лучший эффект купирования болевого синдрома и увеличения амплитуд движений пораженных сегментов скелета. Отмечена прямая корреляционная зависимость эффективности ПИР и кинезиотейпирования, с предшествующим им — щадящей ЛФК, массажем, локальными тепловыми процедурами (озокерит, грязелечение, физиолечение). Изолированное использование ПИР и кинезиотейпинга без подготовительных действий, давало меньший эффект растянутый по времени (боль купировалась на 3-4 процедуре).

Выводы: При стандартизированном санаторно-курортном лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата сопровождающихся миофасциальным синдромом, ПИР с кинезиотейпированием - эффективный метод лечения позволяющий купировать болевой синдром. Однако, предварительное использование щадящей ЛФК, массажа, тепловых процедур перед ПИР и кинезиотейпингом эффективней. Практически с первой манипуляции устраняет мышечно-фасциальную тугоподвижность, купирует очаг боли, устраняет рефлекторный мышечный спазм, активизируя чувствительную иннервацию, улучшает кровообращения капсулы сустава, устраняет функциональные блокады суставов и сегментов позвоночного столба и может применяться в санаторно-курортных учреждениях.

* * *

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ И ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Семеняк Е.Г. (crimea46@mail.ru)

ГБУЗРК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория

Цель исследования — изучение влияния санаторно-курортного лечения на функциональные показатели детей с рецидивирующим бронхитом (РБ) и положительной реакцией Манту.

Задачей санаторно-курортного этапа является повышение неспецифической и иммунологической резистентности, улучшение состояния функциональных систем организма.

Проведенные обследования 90 детей с РБ и положительной реакцией на туберкулин разной степени выраженности (дети группы риска по туберкулезу) позволили оценить состояние вегетативной нервной системы, адаптационно-компенсаторных возможностей организма по данным спектрального анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) и показателям крови по Л.Х Гаркави. Применение спектрального анализа позволяет количественно оценить влияние на работу сердца различных регуляторных систем симпатического отдела, парасимпатического так и симпато-адреналовой систем. Выделяют высокочастотные (HF), низкочастотные (LF) и очень низкочастотные (VLF) компоненты, TF — общую мощность спектра, индекс централизации IC (по формуле (HF+LF)/VLF) и индекс вагосимпатического взаимодействия LF/HF.

Анализ данных спектральных характеристик показал, что у 77,8% детей с РБ в исходном состоянии в общей мощности спектра имело место повышение высокочастотных (HF) компонент и снижение доли низкочастотных (LF) компонент, что свидетельствовало о преобладании влияния парасимпатического отдела ВНС. Доля очень низкочастотных (VLF) компонент, характеризующих влияние надсегментарного уровня регуляции, у 33,0% детей была выше нормы.

Под влиянием санаторно-курортного лечения с применением процедур сегментарно-рефлекторного воздействия в виде гальваногрязелечения (ГГ) или электрофореза рапы (ЭР) на межлопаточную область на фоне климатолечения, ингаляционной терапии, ЛФК, массажа отмечена положительная динамика функциональных показателей. Под влиянием процедур ЭР у 30,7% детей с исходной симпатико- и гиперсимпатикотонией имело место снижение доли VLF компоненты, увеличение доли низкочастотной (LF) компоненты, снижение влияния надсегментарного уровня регуляции (благоприятная динамика). У 27% детей с исходной ваго- и эйтонией наблюдалось увеличение доли высокочастотной составляющей (HF) компоненты, что свидетельствует о повышении влияния парасимпатического отдела ВНС. Индекс вагосимпатического взаимодействия LF/HF 0,85±0,9—0,86±1,3 — без выраженной динамики. Под влиянием гальваногрязелечения (ГГ) наблюдалось повышение доли низкочастотной составляющей (LF), увеличение LF/HF (0,64±0,10 и 0,88±0,23), что свидетельствовало об активации симпатического отдела ВНС.

Таким образом, электрофорез рапы и гальваногрязелечение оказывают разнонаправленное влияние на состояние регуляторных систем организма детей с рецидивирующим бронхитом и латентной туберкулезной инфекцией, что необходимо учитывать при выборе лечебного фактора.

* * *

ЛУЧШАЯ ВОДОЛЕЧЕБНИЦА

Синюкова Н.К.

ФГБУ «Военный санаторий «Крым» Министерства Обороны Российской Федерации, Республика Крым, Алушта, п.г.т. Партенит

ФГБУ «Военный санаторий «Крым» располагает, помимо выдающихся климатических факторов, прекрасной базой физиотерапевтического лечения. Одним из самых востребованных методов является водолечение.

Водолечение — применение пресной воды (собственно водолечение) наружно в чистом виде или с добавлением различных веществ в лечебных целях. Разновидностью водолечения является бальнеолечение — применение минеральных вод.

При наружном применении вода оказывает термическое, механическое и химическое действие.

В санатории в двух лечебных корпусах расположены водолечебницы, оборудованные ваннами Оккервиль, Ладога и Гольфстрим (для пациентов более 100 кг) производства «Физиотехника» для проведения лечебных ванн и подводного душа массажа. Причем в первом корпусе оборудование предусмотрено для подачи морской воды.

В санатории применятся теплые ванны (36—37 °С) продолжительностью 10—15 мин.

По составу ванны, назначаемые в отделении водолечения, делятся на:

— ароматические: хвойные, валериановые, розмариновые, скипидарные;

— минеральные: хлоридно-натриевые и йодобромные;

— газовые: жемчужные;

— комбинированные: жемчужно-хвойные, жемчужно-валериановые.

В течение последних 2 лет неизменным успехом у отдыхающих санатория пользуются ванны с пре-

паратом Биолонг, содержащий митофен, — новейший антиоксидант-антигипоксант пролонгированного действия, водорастворимый аналог коэнзима Q10, который при явлениях кислородной недостаточности любого происхождения снижает потребность тканей в кислороде.

Эффективно применение комплексных препаратов перозонов: «Для мышц и суставов», «Перозон валериана», «Перозон розмарин», «Перозон дерматологический» немецкой фирмы «Spitzner».

Уже около года работают две ванны Акварелакс, которые позволяют проводить гидромассаж тела без его погружения в водную среду. При этом сохраняются все лечебные эффекты гидромассажа, но резко снижается число противопоказаний.

Кроме того, для отдыхающих, имеющих противопоказания к назначению общих ванн, санатория приобрел ручные и ножные вихревые ванны ИСТРА. Под термином «вихревая ванна» понимают гидротерапевтическую процедуру, одна из составляющих которой — воздействие на человеческий организм или отдельные его части вихревых потоков воды. Механическое и термическое воздействие потоков воды способствует: расслаблению мягких тканей, стимулирует кровообращение и лимфоток в здоровых и пораженных тканях, вызывает усиленную микроциркуляцию, повышает интенсивность протекания обменных процессов.

Для проведения сухих углекислых ванн в первом лечебном корпусе установлены две ванны Реабокс. Во втором лечебном корпусе устанавливаются две пароуглекислые ванны. Учитывая возраст и наличие у большинства пациентов заболеваний сердечно-сосудистой, опорно-двигательной систем, эти процедуры пользуются большим спросом.

Приобретение новой аппаратуры позволит расширить перечень услуг, увеличить возрастные границы пациентов, увеличить их коморбидность. Надеемся, это приведет к росту популярности у отдыхающих санатория и гостей региона.

* * *

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Снадина Р.М. (rozasnadina@yandex.ru), Газизуллин И.М.

Лечебно-профилактическое частное учреждение профсоюзов санаторий «Шифалы су (целебная вода) — Ижминводы», Республика Татарстан, Россия

Дегенеративно-дистрофические поражения ПДС (позвоночно-двигательных сегментов) — настоящая эпидемия XXI века. Это наиболее распространенные хронические заболевания в мире. Статистика ВОЗ свидетельствует: различными болезнями опорно-двигательного аппарата страдают 80% населения. Причем большинство — трудоспособного возраста: от 30 до 50 лет.

Карбокситерапия — лечение углекислым газом. Во время применения метода врач искусственно вводит организм в стрессовое состояние, кислородное голодание усиливается. Для чего это нужно? Под воздействием углекислого газа сосуды мгновенно расширяются, активизируется работа кровеносной системы, кислород усиленно высвобождается, поступает в ткани. Исследования показали: концентрация полезного газа после проведения карбокситерапии увеличивается в 3 раза и более.

Под нашим наблюдением находились 19 пациентов — женщины, возраст — от 50 до 70 лет, сопутствующие заболевания — хронические функционально-морфологические изменения женской половой сферы, эндокринологическая патология, патология ЖКТ. Комплексное лечение больных с хроническими дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата включало:

1) климатотерапию;

2) рациональное питание с ограничением соли, сахара, кофе, чая, солений, копченостей, острых блюд. Отдавалось предпочтение блюдам рыбным и кисломолочным, а также зерновым (хлеб грубого помола), овощам и фруктам. В ежедневный рацион включались витаминные и минеральные комплексы;

3) внутренний прием минеральной воды «Шифалы-Су», минеральная вода назначалась за 30 мин до еды по 200 мл 3 раза в день, ежедневно;

4) фитотерапию; назначался витаминный фитосбор №6 по 100 мл 2 раза в день, ежедневно №10;

5) минеральные йодо-бромные ванны. Температура воды 36—37 °С, по 10 мин, через день №8—10;

6) лечебную физкультуру ежедневно, №10;

7) лечебный массаж на область патологии по 10 мин, ежедневно, №10;

8) гальваногрязь — сочетанное воздействие грязью и постоянным током. Эта методика оказывает тепловое действие, изменяет ионную конъюнктуру кожи и тканей, лежащих в межэлектродном пространстве в результате движения ионов, вызванного током, а также введения в организм ионов, содержащихся в грязи. Проводится аппаратом «Поток» по 10 мин, через день №8;

9) карбокситерапию — ежедневно, на курс лечения №5.

Комплексное лечение обеспечивает быстрое и эффективное лечение следующих заболеваний: артриты; артрозы; ревматические заболевания; воспаление и дистрофические изменения в связках; хронические боли в мышцах, суставах; головные боли, вестибулярные нарушения при остеохондрозе шейной зоны.

Положительный результат лечения выражался в существенном уменьшении или ликвидации болевого синдрома, восстановлении объема движений в

суставах, повысилась переносимость нагрузок, в результате существенно улучшилось качество жизни пациента. Эффективность комплексного лечения, по нашим наблюдениям, составила 80%.

* * *

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Снадина Р.М., Зиннатуллина Р.Р.

Лечебно-профилактическое частное учреждение профсоюзов санаторий «Шифалы су (целебная вода) — Ижминводы», Республика Татарстан

Санаторно-курортное лечение является одним из этапов медицинской реабилитации больных с различной соматической, в том числе гастроэнтерологической патологией. Актуальность настоящего исследования обусловлена неуклонным ростом заболеваний системы пищеварения в популяции (по данным статистики до 35—42%), а также иногда неудовлетворительными результатами стационарного и амбулаторного лечения: ростом осложнений, затяжных форм с непрерывно рецидивирующим течением, увеличением случаев временной и стойкой утраты трудоспособности, плохим качеством жизни. Кроме того, открытым остается вопрос: как влияет санаторно-курортное лечение на качество жизни пациентов.

Цель исследования — оценить эффективность комплексного восстановительного лечения больных хроническим холециститом в условиях санатория «Шифалы су-Ижминводы».

Санаторий «Шифалы су-Ижминводы» расположен на высоком берегу реки Кама в окружении живописных лугов и лесов. Уникальность спа-курорта «Шифалы су-Ижминводы» заключается в наличии редких вод для внутреннего и наружного применения, которые настаиваются в огромных известковых резервуарах из песчаника и известняка, различных глин с примесями кальцита, пирита, медного и свинцового блеска и особенно в голубоватых и зеленоватых глинах, отличающихся по лечебному воздействию на организм человека.

Комплексное лечение больных хроническим холециститом включало: климатотерапию, рациональное питание-диету №5, внутренний прием минеральной воды «Шифалы-Су», фитотерапию, минеральные йодобромные ванны, лечебную физкультуру, лечебный массаж. Назначение физических факторов в условиях санатория «Шифалы су-Ижминводы» — индивидуально и зависело от состояния больного и тяжести заболевания.

Характеристика минеральной воды «Шифалы-Су».

Лечебно-столовая среднеминерализованная вода «Шифалы-су».

Химический состав минеральной лечебно-столовой воды «Шифалы су» (мг/л): анионы: хлориды 1000—1200, сульфаты 2100—2300, гидрокарбонат 100—250, катионы: Натрий + Калий 750—800, Магний 50—300, Кальций 500—600.

Минеральную воду «Шифалы-Су» назначали по 200,0 мл 3 раза в день. Время приема минеральной воды и ее температуру устанавливали в зависимости от секреторной функции желудка. Применяя холодные (15—16 °С), умеренно подогретые (25—35 °С) или горячие (45—50 °С) воды, рассчитывали соответственно на их стимулирующее или тормозящее влияние на моторную функцию желудочно-кишечного тракта, антиспастическое, противоболевое действие.

В 1993 г. на почти километровой глубине в районе санатория был обнаружен йодобромный рассол с большим содержанием сопутствующих минералов. Лечебный эффект йодобромных минеральных вод обусловлен главным образом действием растворенных в водах солей и активных микроэлементов — йода и брома. Йодобромные ванны назначались длительностью 10 мин, температура 36—37 °С, через день.

Под нашим наблюдением находилось 123 пациентов с диагнозом «хронический холецистит», от 35 до 58 лет, из них — 89 женщин, мужчин — 34, длительность заболевания составила от 2 до 23 лет. При поступлении отмечалась умеренная тяжесть в области правого подреберья — у 27%, запоры — у 71%, горечь во рту — у 20%, метеоризм — у 30%, повышенная раздражительность — у 60%, головная боль — у 45%, нарушение сна — у 70%.

Результаты. Контроль за эффективностью лечебных процедур и динамикой состояния функций органов и систем осуществлялись клиническим наблюдением и комплексом лабораторно-инструментальных методов.

В процессе лечения у всех больных, предъявлявших жалобы на дискомфорт, тяжесть в правой подреберной области, запоры, горечь во рту, симптомы купировались уже через неделю после начала лечения. Следует отметить, что больные, получавшие комплексное лечение, также отмечали улучшение общего самочувствия, повышение работоспособности, улучшение функции желудочно-кишечного тракта и повышение качества жизни. Из 123 пациентов выписаны с улучшением состояния здоровья — 89,1%, со значительным улучшением — 10,7%.

Таким образом, полученные нами результаты лечения свидетельствуют о положительном терапевтическом эффекте комплексного лечения больных с хроническим холециститом в условиях санатория «Шифалы су-Ижминводы».

* * *

РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ГАЗОВОЙ ОТРАСЛИ

Соколов А.В., Свинцова С.Э., Канунникова Н.А. (t.zimina@gtm.gazprom.ru; +7(496)635-8606)

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань; Клинический санаторий «Приокские дали» ООО «Газпром трансгаз Москва», Московская область

Реабилитационно-восстановительное лечение (РВЛ) является неотъемлемой составляющей российского здравоохранения и одним из приоритетных направлений социальной политики ООО «Газпром трансгаз Москва». Вопросы оптимальной организации процесса РВЛ в целях обеспечения его эффективности по-прежнему актуальны и требуют глубокого изучения. В клиническом санатории «Приокские дали», реализующем авторскую технологию РВЛ, проведено многолетнее исследование с целью изучения влияния регулярных курсов РВЛ на состояние здоровья работников компании. В 2010 г. по результатам комплексного обследования была сформирована однородная группа из 150 работников-мужчин, которые не отличались друг от друга по исходным показателям здоровья, возрасту и условиям труда. В 2017 г. было проанализировано, как часто они проходили РВЛ в санатории, и выделены из них две группы. В 1-ю группу вошли работники, проходившие РВЛ ежегодно, во 2-ю — не проходившие РВЛ ни раза за этот период. Повторное изучение показателей здоровья показало, что в 1-й группе наблюдалась их положительная динамика: уменьшение числа случаев и дней временной нетрудоспособности соответственно на 40 и 62%, повышение функциональных резервов организма на 27%. Во 2-й группе эти показатели значительно ухудшились: увеличилось на 47% число случаев и на 36% число дней временной нетрудоспособности, снизились на 17% функциональные резервы организма. Это позволяет сделать вывод, что регулярные курсы РВЛ являются важным фактором сохранения и укрепления профессионального здоровья.

* * *

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ НА РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ

Соколов А.В., Джавахов Ю.Г., Орешкина И.Е., Соколов С.А. (t.zimina@gtm.gazprom.ru; +7(496)635-8606)

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань; Клинический санаторий «Приокские дали» ООО «Газпром трансгаз Москва», Московская область

Неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП) — самостоятельное заболевание, или синдром, обусловленный жировой дистрофией печеночных клеток вследствие повышенного содержания в печени свободных жирных кислот. Выделяют две основные формы НЖБП — жировой гепатоз и неалкогольный стеатогепатит (НАСГ). Хотя НАСГ чаще всего протекает доброкачественно и малосимптомно, в ряде случаев развиваются цирроз печени, портальная гипертензия и печеночная недостаточность. Лечение НЖБП направленно на снижение массы тела больного и коррекцию метаболических нарушений. В клиническом санатории «Приокские дали» разработана и применяется программа раннего выявления и лечения НЖБП.

Цель исследования — оценить эффективность применения данной программы у пациентов санатория. У 780 пациентов в возрасте от 19 до 58 лет, имеющих по данным ультразвукового исследования картину, характерную для НЖБП, определялся уровень глюкозы крови, липидограмма, активность трансаминаз, щелочной фосфатазы. В этой группе больных повышение индекса массы тела отмечалось в 72,1% случаев, артериальная гипертензия в анамнезе — в 51,9% случаев, сахарный диабет 2-го типа или нарушение толерантности к глюкозе — в 31,1% случаев. Признаки дислипидемии по данным лабораторных исследований были выявлены в 44,9% случаев. В 15% случаев отмечалось повышение активности трансаминаз, что позволило предположить наличие НАСГ у этих пациентов. При ведении больных данной группы использовалось лечебное питание (низкокалорийная диета, щадящая диета), методы физической реабилитации: адекватные физические нагрузки, ЛФК, терренкур, лечебный бассейн, дыхательная гимнастика. В лечебную программу включалась фитотерапия, при необходимости назначались гепатопротекторы, антиоксиданты, метформин, статины, фибраты.

В результате применения данной программы у 94,8% пациентов была достигнута положительная динамика, проявлявшаяся в улучшении биохимических показателей крови, общего самочувствия, а также снижении массы тела, что позволяет рекомендовать ее для использования на этапе реабилитационно — восстановительного лечения.

* * *

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕНСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Соколов А.В., Малыгина Е.П., Романова Л.Н. (t.zimina@gtm.gazprom.ru; +7(496)635-8606)

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань; Клинический санаторий «Приокские дали» ООО «Газпром трансгаз Москва», Московская область

Выявляемость рака на ранних стадиях — залог успешного лечения и сохранения высокого качества жизни; на ее реализацию направлено большинство

скриннинговых мероприятий. На базе клинического санатория «Приокские дали» с 2014 г. разработана и применяется скрининговая программа раннего выявления женских онкологических заболеваний.

Цель исследования — оценить эффективность программы выявления доклинических симптомов и признаков онкологических заболеваний. Программа включала в себя осмотр врача гинеколога, исследование влагалищного содержимого на онкоцитологию, ультразвуковое исследование молочных желез (УЗИ) и органов малого таза, расширенную кольпоскопию, обучение навыкам самообследования молочных желез. Ультразвуковое исследование проводилось на ультразвуковом сканнере Acuson Sequoia512. Расширенная кольпоскопия проводилась с помощью аппарата Leisegang. Обследованы 565 женщин, пациенток санатория. Средний возраст пациенток 42,6±0,3 года. При УЗИ молочных желез у 154 пациенток выявлены узловые формы мастопатии (кисты и фиброаденомы). УЗИ органов малого таза впервые выявило у 119 пациенток объемные образования в области матки и ее придатков, требующие дообследования и оперативного лечения. На кольпоскопии у 284 пациенток выявлены патологические изменения шейки матки, из них у 12 пациенток цитологическое исследование подтвердило тяжелую клеточную дисплазию. Пациенткам с выявленными изменениями разъяснен характер патологии, связанные с ней риски здоровью, даны рекомендации по дополнительному обследованию и оперативному лечению.

На основании проведенного исследования можно констатировать, что данная программа эффективна на этапе реабилитационно-восстановительного лечения в качестве скрининга для выявления фоновых и предраковых заболеваний женской половой сферы.

* * *

ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОГРАММА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ООО «ГАЗПРОМ ТРАНСГАЗ МОСКВА»

Соколов А.В., Фурсова М.С., Стома А.В., Фурсова Е.А. (t.zimina@gtm.gazprom.ru; +7(496)635-3606)

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань; Клинический санаторий «Приокские дали» ООО «Газпром трансгаз Москва», Московская область

Проблеме сохранения здоровья и профессионального долголетия работников уделяется большое внимание в газовой отрасли. В клиническом санатории «Приокские дали» была разработана Программа производственной медицины по ранней диагностике и профилактике заболеваний, которая осуществляется с ноября 2017 г. Программа проводится без отрыва от производственной деятельности работникам, не подлежащим периодическим медицинским осмотрам, и особенно актуальна для проживающих в районах, удаленных от крупных медицинских центров. Диагностическая часть, включающая анкетирование, лабораторную и ультразвуковую диагностику, определение функциональных резервов организма (ФРО), позволяет выявить факторы риска развития и начальные проявления хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ). Лечебно-оздоровительная часть направлена на укрепление физического и психологического здоровья, стимуляцию иммунитета и повышение работоспособности. За полтора года в рамках программы были обследованы и пролечены 778 работников. В 55,9% случаев по результатам анкетирования выявлены факторы риска развития ХНЗ. Патологические изменения при лабораторной диагностике выявлены в 70,4% случаев, при ультразвуковой — в 43,2% случаев. У 49,6% работников выявлено значимое снижение ФРО. По результатам обследования были определены три группы динамического наблюдения. 1-ю группу составили работники, не требующие диспансерного наблюдения. 2-ю группу — работники с факторами риска развития ХНЗ. Им были назначены мероприятия по коррекции выявленных факторов риска, рекомендовано и в последующем проведено реабилитационно-восстановительное лечение в санаториях. Работники 3-й группы были направлены на дообследование в стационарные лечебные учреждения с последующим диспансерным наблюдением.

Таким образом, данная Программа позволяет своевременно выявлять патологические процессы, корректировать их и тем самым сохранять профессиональное долголетие работников.

* * *

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ НЕБНЫХ МИНДАЛИН

Соколов А.В., Промахова Ю.В., Комиссарова Е.В. (t.zimina@gtm.gazprom.ru; +7(496)635-8606)

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань; Клинический санаторий «Приокские дали» ООО «Газпром трансгаз Москва», Московская область

Гипертрофия небных миндалин (ГНМ) и их воспаление в виде тонзиллита и аденоидита до настоящего времени занимают одно из ведущих позиций в структуре общей заболеваемости в детском и подростковом возрасте. В условиях санатория по данным статистики частота встречаемости детей с ГНМ достигает 51%. Актуальной задачей является поиск новых немедикаментозных методов коррекции, действующих на различные патогенетические звенья заболевания, позволяющих продлить ремиссию и сократить длительность воспаления, ограничить медикаментозную нагрузку.

Цель исследования — изучение эффективности комбинированного применения Цубо-терапии и воздействия низкоинтенсивного лазероизлучения по точкам классической иглорефлексотерапии (лазероакупунктура) с использованием точек Су Джок.

В работу были включены 60 детей в возрасте 7—9 лет, проходящих лечение в клиническом санатории «Приокские дали». В ходе работы методом случайной выборки обследуемые были поделены на две сопоставимые группы: основную — 31 и контрольную — 29 человек. Всем детям проводилась 14-дневная санаторно-курортная программа: ЛФК в зале, лекарственные ингаляции, галотерапия, грязевые аппликации. Наряду с этим основной группе проводилась методика комбинированной Цубо-терапии и лазероакупунктуры. После проведенного лечения у всех больных отмечалось улучшение самочувствия и уменьшение выраженности клинических проявлений ГНМ. Однако у детей в основной группе улучшение состояния наступило уже на 3—4-й день от начала лечения, тогда как в контрольной — на 7—10-й день.

Таким образом, в результате работы сделан вывод, что включение в комплекс лечения у детей с ГНМ комбинированной Цубо-терапии и лазероакупунктуры значительно повышает эффективность лечения в условиях санатория.

* * *

МЕТОД БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ

Соломкина Н.Ю., Юрков И.В., Головко Т.А., Сергеева И.О., Константинов К.В.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, детский психоневрологический санаторий «Комарово», НИО «Клиника биоакустической коррекции», Санкт-Петербург

В условиях детского психоневрологического санатория «Комарово» дети и подростки получают базисное лечение и реабилитацию в климатических условиях побережья Финского залива, в лесном, преимущественно хвойном массиве, с возможностью оптимального использования природных физических факторов. В данной работе проанализирована эффективность проведения традиционной комплексной санаторно-курортной помощи с включением метода биоакустической коррекции (БАК) у пациентов 4—17 лет с психоневрологической патологией, в том числе задержкой психо-речевого развития (ЗПРР), синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), нарушениями поведения, неврозоподобными заболеваниями, симптоматической эпилепсией.

БАК — инновационная методика, направленная на активацию процессов нейропластичности, что достигается акустической ЭЭГ-зависимой стимуляцией. Синхронизация эндогенной нейродинамики, выраженной в волнах ЭЭГ, с афферентной нейронной активностью, спровоцированной сенсорным воздействием, способствует восстановлению процессов созревания структур мозга, а также включению морфофункциональных компенсаторных механизмов. Основой метода является компьютерное преобразование электроэнцефалограммы больного в акустический сигнал и предъявление этого сигнала пациенту в реальном времени. Процедуры БАК назначались по традиционно принятым показаниям и поводились ежедневно или через день от 10 до 15 в курсе лечения/реабилитации. Побочных эффектов не отмечалось, переносимость процедур была удовлетворительной. В процессе проведения БАК отмечали улучшение ритмологической активности (сон—бодрствование), улучшение качества сна, тенденцию к нормализации вегетативных расстройств, улучшение формирования когнитивных функций и гигиенических навыков, расширение лексического диапазона, улучшение понимания обращенной речи и снижение агрессивности. БАК проводили комбинированно с другими физическими методами лечения и реабилитации, не более трех синнергичных по механизму действия (низкочастотной электро- и магнитотерапией, фотохромотерапией предпочтительно зеленой и синей полос спектра, гидробальнеотерапией, термотерапией, грязелечением (сестрорецкая лечебная грязь). Все пациенты получали массаж и лечебную физкультуру в виде групповых или индивидуальных процедур, занятия в бассейне, психологическую поддержку. Динамическое катамнестическое наблюдение пациентов в течение 3—5 лет позволило заключить, что включение БАК в лечебно-реабилитационный процесс психоневрологической санаторно-курортной помощи существенно улучшает эффективность базисной медикаментозной и немедикаментозной поддержки пациентов по основному заболеванию, согласно клиническим и электроэнцефалографическим показателям, состоянию их соматического статуса и снижению инфекционного индекса.

* * *

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЭТАПНОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕВОЧЕК С ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Соломкина Н.Ю., Гуркин Ю.А., Баласанян В.Г., Пикалева Е.Ю., Плисецкая В.Ю., Акимова Т.П.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет; Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф. Филатова; Детский санаторий «Солнечное», Детский санаторий-реабилитационный центр «Детские Дюны», Санкт-Петербург

Патология репродуктивной системы и коморбидная патология у девочек является одной из причин снижения репродуктивного потенциала в целом, патологии беременности, родов и материнской смертно-

сти в будущем. Коррекция репродуктивных расстройств нередко проводится без учета сопутствующей экстрагенитальной патологии, с акцентом на медикаментозное, преимущественно гормональное, лечение и без системного этапного проведения физиотерапевтических мероприятий и возможных направлений реабилитации. В течение более 20 лет проведено лечение и реабилитация со стартовым и динамическим контролем более 3000 пациенток в возрасте 1,5 года — 18 лет с патологией репродуктивной системы, в том числе онкопатологией (с обязательным ведением онкологом гинекологом), и сопутствующей экстрагенитальной патологией (в среднем 5—7 нозологических форм у пациентки) с включением индивидуализированной этапной физиотерапии, в том числе санаторно-курортного этапа. Стационарное лечение проводили в гинекологическом отделении ДГКБ №5 им. Н.Ф. Филатова, санаторно-курортную помощь оказывали в детских санаториях «Солнечное» и «Детские Дюны». Контрольную группу составили девочки (50) с аналогичной патологией, кроме онкологической, не получавшие физиотерапевтической поддержки или получавшие ее нерегулярно и без учета сопутствующих заболеваний. Эффективность проведенных мероприятий показала существенный позитивный результат по клиническим изменениям (стабильное улучшение и выздоровление по гинекологической и коморбидной патологии у 50—80% пациенток и более) в основной группе пациенток, по сравнению в результатами в контрольной группе (35—55%).

Особого внимания заслуживает улучшение и стабилизация иммунологической реактивности (значительное снижение заболеваемости ОРВИ), снижение частоты и тяжести обострений соматической патологии, улучшение состояния вегетативной сферы, стойкая ремиссия у пациенток с гипоталамической дисфункцией, нормализация менструальной функции у пациенток основной группы.

Таким образом, включение этапной физиотерапевтической помощи с включением санаторно-курортного этапа у девочек позволяет достичь гармоничного улучшения состояния здоровья и увеличить репродуктивный потенциал будущих матерей.

* * *

ПИТАНИЕ ПРИ ДОЛГОЛЕТИИ

Сухарева И.А. (sukhareva_irina@mail.ru; +7(978)707-2228)

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

Питание является одним из важнейших элементов продления жизни. Исследования показывают, что правильное питание позволяет снизить риск смерти на 56%, что добавит примерно 9 лет к ожидаемой продолжительности жизни. В то же время, неправильное питание увеличит риск смерти в 2 раза, что сокращает жизнь примерно на 6 лет. Необходимо определить какие же продукты продлевают жизнь, а какие наоборот укорачивают ее. Мы провели анализ литературных источников, данных ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирного банка. Исследование показало, что совсем необходимо исключить из рациона: красное мясо (свинина, говядина), которое увеличивает риск рака кишечника, диабета, почечной недостаточности, сердечно-сосудистых заболеваний и преждевременной смерти. Необходимо заменить на мясо птицы и рыбу, но не более 70 г. Каждая дополнительная порция мяса в неделю увеличивает риск смерти на 10%. Каждая дополнительная порция переработанного мяса в неделю увеличивает риск смерти на 23%; жареные продукты, в которых содержится акриламид — сильнейшим канцерогеном; трансжиры, оказывающие разрушительное действие на сердечно-сосудистую систему. Необходимо ограничить количество углеводов с высоким гликемическим индексом и, особенно, сахара. Чрезмерное потребление «быстрых» углеводов было связно с двукратным увеличением риска смерти. Максимальное количество сахара по нормам ВОЗ — 50 г в день из всех продуктов, но и это количество лучше уменьшить до 25; молоко (содержащиеся в молоке галактоза, метионин и ИФР-1 ускоряют процессы старения). Однако молочные продукты (например, кефир или йогурт) могут быть полезны, так как снижают риск сахарного диабета 2-го типа; 4 яйца в неделю могут снижать риск диабета 2-го типа; соль — не менее 3 г в день.

Что необходимо употреблять не каждый день, но регулярно: животные жиры; вещества, содержащиеся в корице и куркуме, замедляющие образование конечных продуктов гликирования и других белковых агрегатов; острые специи 3—4 раза в неделю, снижающие риск смерти на 14%; жирную рыбу, которая является источником очень важных для организма омега-3 кислот, которые продлевают жизнь и защищают от многих видов рака; горький шоколад полезный не только своими флавоноидами (употребление 200 мг флавоноидов в день снижает общую смертность), но и тем, что его «любит» полезная микрофлора; плоды граната, содержащие эллаговую кислоту, которая попадая в кишечник, подвергается воздействию бактерий и превращается в уролитин А, обладающий омолаживающим действием; белые грибы.

Что необходимо употреблять регулярно, желательно каждый день: орехи, оливковое масло, кокосовое масло, а также авокадо, которые являются отличными источниками растительных мононенасыщенных жирных кислот. Стоит также употреблять минимум 300 г овощей и 100—200 г фруктов. Те, кто придерживались данной рекомендации, жили в среднем на 3 года дольше и имели на 53% меньший риск смерти. Самое проверенное средство продления жизни — это ограничение калорий и здоровый образ жизни.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СО СНИЖЕННЫМИ АДАПТАЦИОННЫМИ РЕСУРСАМИ

Сюрис Н.А. (sjuris@yandex.ru; +7(903)303-7721), Полянин Н.А., Галкина И.В.

ФГБУ «426 ВГ» МО РФ, Самара

Военнослужащие, не справляющиеся с нагрузками повседневной деятельности, направляются командованием на обследование и лечение в стационары психоневрологического профиля.

В тех случаях, когда мы не можем справиться с тревогой или страхом, защитные механизмы искажают реальную действительность с целью сохранения нашего психологического здоровья и нас самих как личность.

Цель исследования — раннее выявление лиц со сниженными адаптационными ресурсами для своевременной коррекции, адаптации к условиям военной службы.

Задачи, поставленные перед исследователями: выявление приоритетных вариантов психологической защиты у военнослужащих со сниженными адаптационными ресурсами.

Обследование пациентов военного госпиталя, находящихся на обследовании и лечении в связи с расстройствами адаптации, включало помимо регламентированного перечня исследований и психодиагностическое тестирование на определение типов психологической защиты (тест Келлермана—Плутчика). По данным В.Г. Каменской (1999), значения величины типа психологической защиты, превышающие 50%, отражают реально существующие неразрешенные конфликты. Типологии психологической защиты: отрицание, подавление, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование. Экспериментальная группа (№1 — 32 человека): военнослужащие, проходящие обследование и лечение в отделениях психоневрологического профиля ФГБУ «426 ВГ» МО РФ с расстройствами приспособительных реакций, возраст — 18—22 года. В качестве контрольной группы (№2 — 31 человек) — военнослужащие других соматических отделений, того же возраста.

Результаты обследования. Характерные для экспериментальной группы (№1) типы психологической защиты, со статистически достоверными различиями средних значений ($p<0,05$) от контрольной группы (№2): проекция — для сдерживания чувства неприятия себя и окружающих как результата эмоционального отвержения с их стороны: злопамятность, мстительность, обидчивость, обостренное чувство несправедливости, подозрительность, ревнивость, враждебность, упрямство, несговорчивость, нетерпимость к возражениям, ипохондрический симптомокомплекс, последний — на базе недоверия к медицине и врачам (69% — 1-я, 46% — 2-я).

Характерны для военнослужащих 2-й группы — типы психологической защиты, с достоверными различиями средних значений ($p<0,05$) от показателей военнослужащих 1-й группы: отрицание — любые негативные аспекты этого внимания блокируются на стадии восприятия, а позитивные допускаются в систему. В результате — переносимость критики и отсутствие самокритичности (44% — 1-я, 62% — 2-я). Интеллектуализация — старательность, ответственность, добросовестность, самоконтроль, склонность к анализу и самоанализу, основательность, дисциплинированность, индивидуализм (50% — 1-я, 58% — 2-я).

Выводы. определение типов психологической защиты могут учитываться в мероприятиях по адаптации к условиям военной службы.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ КОНДУКЦИОННОЙ КРИОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАПОРЕ У ДЕТЕЙ

Тальковский Е.М., Новикова Е.В., Рассулова М.А.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Проблема лечения детей с хроническим запором является одной из актуальных и социально-значимых в современной педиатрии вследствие высокой распространенности (регистрируется у 20—30% детского населения), возможности развития осложнений, что определяет необходимость разработки новых технологий медицинской реабилитации.

Цель исследования — научно обосновать применение кондукционной криотерапии и ее сочетанного воздействия с чрескожной электронейростимуляцией при хроническом запоре у детей.

Материал и методы. Изучались 120 детей возраста от 3 до 15 лет с гипотоническим и спастическим типами хронического запора. Средний возраст составил 8±2 года, мальчиков было 55 (45,8%), девочек — 65 (54,2%). Все больные были разделены на четыре равные группы, получавшие медикаментозную терапию и диетическое питание: основная группа — получала КЭНС, две группы сравнения — ККТ и ЧЭНС. Дети контрольной группы не получали физические методы лечения. Критерии оценки эффективности: появление самостоятельного регулярного (ежедневного или не менее 3 раз в нед) коричневого стула мягкой консистенции (IV тип по Бристольской шкале), исчезновение энкопреза и болезненной дефекации, нормализация показателей баллонографии и аноректальной профилометрии в течение 3, 6 и 12 мес наблюдения.

Результаты. При применении физических факторов во всех группах выявлены однонаправленные положительные сдвиги клинико-функциональных показателей, более выраженные при сочетании КЭНС, что подтверждалось катамнестическими наблюдениями после окончания курса лечения, спустя 3, 6 и 12 мес.

Сравнительный анализ результатов лечения с учетом типа хронического запора позволил установить более выраженный терапевтический эффект КЭНС при всех типах хронического запора, ЧЭНС — преимущественно при гипотоническом типе, ККТ — при спастическом типе хронического запора.

Вывод. Дано научное обоснование возможности применения ККТ при хроническом запоре у детей. Выявлены особенности влияния ККТ и ее сочетанного применения с ЧЭНС на клинико-функциональные показатели детей с хроническим запором. Установлена более высокая терапевтическая эффективность в виде сочетанного применения ККТ с ЧЭНС при хроническом запоре у детей по непосредственным и отдаленным результатам лечения. Разработаны дифференцированные показания к применению ККТ и ее сочетанного воздействия с ЧЭНС с учетом типа нарушения кишечной моторики.

* * *

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ — ЭФФЕКТИВНЫЙ ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА КУРОРТЕ СОЧИ

Татевосов С.Э. (statevosov@sanatoriysochi.ru; +7(988)236-3026), Ничога О.И. (onichoga@sanatoriysochi.ru; +7(918)409-9974)

ФГБУ «Объединенный санаторий «Сочи» Управления делами Президента Российской Федерации, Сочи

Роль санаторного этапа в первичной и вторичной профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы актуальна в связи с тем, что до 40% лиц с этой патологией поступают на лечение. В санатории осуществляются современные стратегии профилактики кардиоваскулярных заболеваний. Созданы оптимальные условия для формирования у лечащихся повышения привлекательности и потребности в здоровом образе жизни. Положительно сказывается социальное окружение из отдыхающих, ориентированных на здоровый образ жизни. Отличительной чертой является семейный отдых и вовлечение членов семьи в воспитание, и формирование здоровых поведенческих привычек. Клинико-диагностические возможности санатория позволяют выявить и оценить общий кардиоваскулярный риск и определить индивидуальную профилактическую программу для пациентов, имеющих сочетание нескольких факторов риска. В зависимости от характера заболевания и степени нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой системы все лица делятся на три группы, для которых устанавливаются адекватные лечебные воздействия и физическая нагрузка. Основой коррекции ФР являются природные лечебные факторы. Положительное тренирующее и метаболическое влияние аэрогелиотерапии, всесезонной талассотерапии, в т.ч. в открытом и закрытом бассейнах. Бальнеотерапия высокоминерализованными сероводородными водами Мацесты и йодобромными — Кудепсты оказывает регулирующее влияние на липидный, углеводный, тканевой обмены, выраженное противовоспалительное, иммунокорригирующее, кардиотренирующее действие, регулирует регионарный кровоток и микроциркуляцию. Санаторно-курортное лечение имеет существенное значение в раннем выявлении и коррекции факторов риска сердечно-сосудистой системы. Комплекс природных и преформированных лечебных факторов оказывает целенаправленное патогенетическое влияние на один или группу факторов риска. Этот вид лечения предусматривает отдых, исключение психических и физических стрессорных воздействий, адекватное, контролируемое расширение двигательного режима и специальные физические тренировки, а также медикаментозную терапию. Режим питания и специальная диета, активная санитарно-просветительная работа и специальные психотерапевтические воздействия в борьбе с вредными привычками (курение, злоупотребление алкоголем, переедание и др.), а также врачебные рекомендации на будущее являются хорошей школой здорового образа жизни и средством активного вовлечения большого контингента людей в длительную многопрофильную профилактику.

* * *

СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА — ЛИДЕР ПО РАЗРАБОТКЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КУРОРТАХ

Тер-Акопов Г.Н., Кайсинова А.С.

ФГБУ «Северо-Кавказский Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства», Ессентуки

Северо-Кавказский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства (Центр) — это объединение нескольких крупных научно-исследовательских, санаторно-курортных и медицинских учреждений: Пятигорский научно-исследовательский институт курортологии, Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации (Сочи), Пятигорская, Железноводская, Ессентукская и Кисловодская клиники, Клиническая больница №101 (Лермон-

тов), а также такие известные здравницы, как Медицинский центр «Юность» (Ессентуки), санатории им. С.М. Кирова (Пятигорск), им. Н.К. Крупской и «Салют» (Железноводск), «Смена» (Кисловодск), «Нарат» (Теберда, Карачаево-Черкессия), Медицинский центр «Клязьма» (Московская область).

В Центре с 2015 г. осуществляется 2-й этап медицинской реабилитации пациентов в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.12 №1705н «О порядке организации медицинской реабилитации«, целью которого является восстановление физического, психологического и социального статуса организма до уровня, при котором пациент может вернуться к трудовой деятельности или к определенному объему социальной активности, обеспечивая его интеграцию в общество и семью. Основой терапевтических комплексов является применение природных и преформированных физических факторов, имеющих существенное преимущество перед медикаментозным лечением, благодаря уникальной способности оказывать саногенетическое действие на организм человека. В результате данного воздействия обеспечивается целенаправленная коррекция функционального состояния различных систем организма, вовлеченных в патологический процесс.

За минувшие годы научно-исследовательскими подразделениями Центра разработан существенный ряд инновационных технологий санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, основанных на данных углубленного анализа уже приобретенного опыта лечения более чем 2,5 тыс. больных после кардиохирургических операций, 4 тыс. — перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости и более 1,5 тыс. — после нефрэктомии, нескольких тысяч — с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Полученные результаты явились убедительным доказательством необходимости и целесообразности осуществления санаторно-курортной реабилитации взрослого и детского населения на основе комплексного применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов, что позволяет многократно снизить заболеваемость и инвалидизацию, улучшить физическое и психическое здоровье, увеличить продолжительность жизни, обеспечить профессиональное долголетие.

* * *

РОЛЬ РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН В ДЕЛЕ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ КОМПЛЕКС «КРЫМСКИЙ» МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Терганов К.А., Федосова С.М.

ФКУЗ «Санаторно-курортный комплекс «Крымский» Министерства обороны Российской Федерации, Севастополь

В ФГКУ «Санаторно-курортный комплекс «Крымский» Министерства обороны Российской Федерации (далее — ФГКУ «СКК «Крымский» Минобороны России) в 2018 г. для рассмотрения из 2-го управления Главного военно-медицинского управления Минобороны России и медицинской службы Черноморского флота поступило более 70 обращений.

Непосредственно от граждан на имя начальника ФГКУ «СКК «Крымский» Минобороны России в 2018 г. поступило 329 обращений, из них 322 в форме электронных документов.

Если провести анализ по тематике обращений, то по-прежнему лидирующее положение занимают обращения по вопросам отказа в предоставлении санаторно-курортных путевок, это связано, прежде всего, с востребованностью крымских здравниц, количество поступающих заявлений в среднем в 5 раз превышает возможности номерного фонда санаторно-курортных организаций.

82% из общего количества обращений, поступивших из 2-го управления Главного военно-медицинского управления Минобороны России, медицинской службы Черноморского флота для рассмотрения и направленных гражданами непосредственно в адрес начальника ФГКУ «СКК «Крымский» Минобороны России в 2018 г., — это обращения по вопросам отказа в предоставлении санаторно-курортных путевок в санаторно-курортные организации.

18% — это обращения граждан по вопросам организации санаторно-курортного лечения.

Учитывая статистическую справку по количеству поступивших обращений в 2018 г., лидирует ФГБУ «Военный санаторий «Ялта» Минобороны России в связи с тем, что данная санаторно-курортная организация является самой популярной военной здравницей, входящей в состав медицинской службы Черноморского флота.

Необходимо отметить, что большинство обращений носят сезонный характер, а именно поступают по результатам начала реализации санаторно-курортных путевок в санаторно-курортные организации ФГКУ «СКК «Крымский» Минобороны России.

Анализируя количество поступающих обращений, можно сделать вывод, что за последние три года

наблюдается тенденция уменьшения обращений граждан, поступивших в ФГКУ «СКК «Крымский» Минобороны России. Это связано в первую очередь с повышением профессионального уровня медицинского персонала в части оказания санаторно-курортного лечения и медико-психологической реабилитации, а также с увеличением и доступностью информации о порядке предоставления санаторно-курортного лечения в санаторно-курортных организациях Минобороны России, с возможностью проконсультироваться по тем или иным вопросам через средства интернет-ресурсов.

Работа с обращениями граждан позволяет быть в курсе проблем, которые больше всего волнуют льготную категорию граждан Минобороны России по санаторно-курортному лечению.

Таким образом, оперативная реализация вопросов, поднимаемых гражданами в обращениях, дает неоценимую информацию, влияет на оценку деятельности санаторно-курортных организаций Минобороны России, повышает качество оказываемых услуг по обеспечению санаторно-курортным лечением прикрепленного контингента.

* * *

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЭФИРНОГО МАСЛА ШАЛФЕЯ

Тимофеев И.Ю. (timigor1982@mail.ru; +7(978)700-7367), Бобрик Ю.В. (yura.bobrik@mail.ru; +7(978)052-3529)

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Для лечения и реабилитации больных гингивитом предложено много медикаментозных средств, которые не всегда эффективны и, кроме того, могут оказывать побочные неблагоприятные действия. Поэтому в последние годы в клинической медицине ведутся поиски новых немедикаментозных средств лечения и реабилитации, которые оказывают выраженный терапевтический эффект без побочных явлений. В значительной степени вышепредставленным требованиям отвечают преформированные природные факторы — эфирные масла (ЭМ), ультрафиолетовое облучение (УФО).

Цель исследования — изучение особенностей динамики биохимических показателей кислотостабильных ингибиторов, трипсиноподобной и антитриптической активности при лечении больных хроническим катаральным гингивитом при применении различных способов терапии и реабилитации.

Обследованы 55 человек. Возраст обследуемых был 20—44 лет, средний возраст составлял 31,2± 1,25 года, среди которых 15 человек составляли практически здоровые люди (контроль), 40 пациентов страдали хроническим катаральным генерализованным гингивитом легкой и средней степени тяжести. Все больные были разделены на две группы. 1-ю группу составили 20 человек, которые получали стандартное лечение согласно канонам лечения хронического катарального гингивита (группа наблюдения). 2-ю группу составили 20 человек, которые получали наряду с базисной терапией и лечение с дополнительным использованием ЭМ шалфея лекарственного (посредством каппы) и УФО десен (основная группа).

Биохимический анализ ротовой жидкости больных ХГКГ показал, что на момент обращения показатели кислотостабильных ингибиторов (КСИ) и антитриптической активности (АТА) были выше на 18—19% ($p<0,05$) и на 20—21% ($p<0,05$), трипсиноподобная активность (ТПА) ниже на 17—18,1% ($p<0,05$) контрольных показателей у здоровых доноров. После начала проведения комплексной терапии, включающей стандартное лечение и ЭМ шалфея лекарственного, а также использование каппы и УФО, наблюдалась стабилизация АТА ротовой жидкости и небольшое ее снижение: так АТА составляла 174,18±21,71 мкмоль/л, что было на 19,8% ($p<0,05$) выше контроля. ТПА ротовой жидкости увеличивалась, она составляла 57,84±1,62 мкмоль/мл, что было на 20,7% ($p<0,05$) выше показателей здоровых лиц, показатель КСИ ротовой жидкости, составлял 99,86±11,34 мИЕ/мл, что было выше контрольных показателей на 16,5% ($p<0,05$). К завершению восстановительного лечения параметры КСИ, АТА и ТПА в ротовой жидкости у пациентов нормализовались, приобретая по отношению к показателям у здоровых достоверный характер к 7-м суткам в основной группе, к 15-м суткам в группе наблюдения.

Таким образом, использование аппликаций ЭМ шалфея лекарственного и ультрафиолетового облучения в лечении хронического генерализованного катарального гингивита ведет к более ранним срокам нормализации функциональной активности ферментов ротовой жидкости по сравнению с группой наблюдения (использование только стандартных методов восстановительного лечения).

* * *

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕМАНГИОМЫ ПОЗВОНКА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Титов А.А. (titov-al@yandex.ru), Грушина Т.И. (tgrushina@gmail.com)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

По данным различных авторов, гемангиома позвонка обнаруживается в популяции с частотой 10,7—27%, при этом симптоматическими являются только 0,9—1,2%. Это доброкачественная опухоль, развивающаяся из элементов стенки сосудов, встречается во всех отделах позвоночника. Несмотря на мнение специалистов о том, что гемангиомы позвонков связаны в той или иной степени с дегенеративно-дистрофическими процессами в позвоночнике, сведений о частоте ее встречаемости у больных с вертеброгенными болевыми синдромами в литературе нет. Авторами проанализирована медицинская документация 7015 больных (средний возраст 60,5 года) с вертеброгенными болевыми синдромами, включающая результаты рентгенологического и магнитно-резонансного исследований. Из гетерогенной группы этих синдромов в 97,7% случаев были выявлены дегенеративно-дистрофические процессы позвоночника. Аномалии позвоночника, посттравматические или воспалительные процессы, болезни Педжета, Бехтерева, остеопороз встречались у 2,3% больных. Из общего числа больных гемангиома позвонка была диагностирована у 189 (2,7%). Симптомная гемангиома, т.е. непосредственно являющаяся причиной вертеброгенной боли, не была выявлена ни у одного больного. У всех 189 больных гемангиомы позвонков были асимптомные и выявлены случайно, из них у 53 (28%) были диагностированы множественными гемангиомы позвонков, а у 3 (1,6%) — с признаками агрессивности. По уровню поражения гемангиома позвонка чаще всего располагалась в поясничном (50,3%) и грудном (27,3%) отделах позвоночника. Что касается частоты встречаемости гемангиомы позвонка у больных с разными видами вертеброгенных болевых синдромов, то у больных с дегенеративно-дистрофическими процессами она была отмечена в 99% случаев: в 94,7% — при наличии только дегенеративно-дистрофических процессов (при этом в 1,1% — с признаками агрессивности и в 19% — с поражением нескольких позвонков) и в 4,3% — при их сочетании с остеопорозом, спондилитом, посттравматическими изменениями. У боль-ных с воспалительными процессами в позвоночнике гемангиома была выявлена в 1% случаев. Из группы больных с дегенеративно-дистрофическими процессами гемангиомы встречались у 89,4% больных с остеохондрозом позвоночника, из них у 26% были множественными. Опухоль сочеталась с протрузиями диска в 18,1%, с грыжами диска — в 49,3%, с протрузиями и грыжами диска — в 24,3% случаев. Обращает на себя внимание то, что расположение гемангиомы позвонка соответствовало уровню расположения грыжи или протрузии диска у 36,5% больных. У больных со спондилоартрозом гемангиома была диагностирована в 2,8%, со сколиозом — в 1,1% и при их сочетании — в 6,7% случаев.

Итак, учитывая высокую частоту встречаемости гемангиомы позвонка у больных с дегенеративно-дистрофическими процессами позвоночника и отсутствие типичных для нее клинических симптомов, перед разработкой программы реабилитации данных больных необходимо проведение современных методов исследования: компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии позвоночника.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА С ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМИ ВЕГЕТАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ткач В.В. (veber281@gmail.com; +7(978)760-2069), Бобрик Ю.В. (yura.bobrik@mail.ru; +7(978)052-3529), Ткач А.В. (veber281@gmail.com; +7(978)760-2069)

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

В настоящее время отмечается рост числа больных с хроническими нейродегенеративными заболеваниями, среди которых второе место после болезни Альцгеймера занимает болезнь Паркинсона (БП) — распространенность БП до 5% в развитых странах. Одним из частых проявлений вегетативной гастроинтестинальной дисфункции при БП являются хронические констипации (запоры). Столь «мало значимый симптом» может быть причиной динамической кишечной непроходимости, потребовать хирургического вмешательства и даже привести к смерти пациента.

Цель исследования — изучение особенностей проявлений вегетативной гастроинтестинальной дисфункции при БП и оценка эффективности разработанного комплекса восстановительного лечения пациентов с БП с хронической констипацией.

Были обследованы 11 пациентов с хронической констипацией в возрасте от 67 до 85 лет, страдающих БП и получающих комплексную терапию в течение нескольких лет. В проведенном исследовании степень тяжести БП определялась с помощью шкалы Хен и Яра. Выявление ранних признаков и установ-

ление диагноза хронической констипации проводилось в соответствии с Международными критериями функциональных заболеваний пищеварительной системы 3-го пересмотра (Рим, 2006). Из 11 обследованных пациентов с БП и желудочно-кишечными расстройствами преобладали лица женского пола (8 (73%) человек). Распределение больных БП по длительности данного заболевания составила в среднем 3,0±1,6 года у мужчин и 5,2±2,6 года у женщин. Средний возраст начала заболевания с момента установления диагноза БП составил 60,2 года. Путем анкетирования и сбора анамнеза нами были выявлены следующие основные клинические проявления гастроинтестинальных нарушений. Все пациенты (100%) указывали на то, что более 25% времени акта дефекации они затрачивают на натуживание. Снижение частоты дефекации также определялось у всех респондентов, причем у 5 пациентов частота стула составляла реже 1 раза в неделю, у 6 пациентов — 1 раз в 3 дня. Изменение структуры и формы каловых масс определялось в 91% случаях (у 10 пациентов). Наличие аноректальная обструкции выявлено у 5 (54%) пациентов. Среди других гастроинтестинальных нарушений у пациентов с БП определялись слюнотечение (45%), снижение массы тела (73%), избыточная масса тела (27%), периодическая рвота (2%). Боли, чувство распирания в животе определялись в 63% случаях, метеоризм — 81%, снижение аппетита, отрыжка, неприятный запах изо рта выявлялись у 7 пациентов (72%), тошнота выявлялась в 27%.

Таким образом, клинические симптомы гастроинтестинальных нарушений у больных БП выявляются уже на ранних стадиях заболевания (1 стадия по Хен и Яру) и представлены различными вариантами: хроническим запором, изменением массы тела, слюнотечением, метеоризмом, болью и чувством распирания в животе, снижением аппетита, отрыжкой, тошнотой, рвотой.

Всем пациентам с хроническим запором проводилась коррекция двигательного режима, индивидуализированная ЛФК (лечебная гимнастика, массаж передней брюшной стенки) и диета в течение 10 дней. В качестве слабительного средства использовались объемные гидроколлоиды, при необходимости комбинация нескольких средств (препараты сены, оливковое масло, размягчающие свечи, микроклизмы и др.). После курса восстановительного лечения в клинической картине была выявлена положительная динамика: у всех пациентов исчезла болезненная дефекация и чувство неполного опорожнения кишечника.

* * *

«ЗДРАВНИЦА ЗДОРОВЬЯ» — АКТУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В ЦР ТАРАСКУЛЬ

Томина Е.И. (elenatomiha@mail.ru)

ФБУ ЦР ФСС РФ «Тараскуль», Тюмень

В связи с майскими указами 2018 г. Президента РФ В.В. Путина, где говорится о необходимости увеличить в ближайшее время продолжительность жизни граждан, большое значение имеет сохранение здоровья. Здоровьесбережение — одна из важнейших задач здравоохранения. Санаторий является площадкой, которая может широко использоваться для информирования отдыхающих о здоровом образе жизни (ЗОЖ), профилактике и лечении хронических заболеваний. В сентябре 2018 г. в ЦР Тараскуль начал работу новый проект — «Здравница Здоровья»: два раза в неделю проходят беседы врачей с отдыхающими с целью информирования о принципах ЗОЖ, факторах риска развития заболеваний. Беседы проводят кардиологи, неврологи, эндокринологи, терапевты, психотерапевт, гинеколог с профильными темами и заведующие отделениями с темами ознакомления с услугами и возможностями Центра.

Для оценки знаний пациентов о ЗОЖ, выявления потребности информации на данную тему, была разработана анкета. В опросе участвовали 220 человек, посещающих беседы, от 37 до 72 лет,106 мужчин и 114 женщин. Опрос был проведен и среди врачей Центра.

Согласно результатам, в настоящее время свой образ жизни считают здоровым 19%. На вопрос «для чего вести ЗОЖ?» самый распространенный ответ — «чтобы не беспокоили болезни» (68%), что пересекается с наиболее частым ответом «болезни» (37%) на вопрос «какие обстоятельства могут побудить Вас изменить образ жизни?» Также ЗОЖ необходим, «чтобы жить долго» — 35% ответов и «чтобы красиво выглядеть» — 22%. Информацию о ЗОЖ опрошенные чаще всего получают от медицинских работников (55% мужчин и 33% женщин), из газет и передач телевидения (36 и 53% соответственно), врачи чаще всего источником информации указывают интернет — 63%.

Самой распространенной вредной привычкой названо «переедание и лишний вес» — 48% мужчин и 65% женщин, употребление алкоголя — 18 и 12% соответственно. Вопросы о психическом здоровье показывают, что эмоциональное напряжение испытывают ежедневно 35% опрошенных (у врачей эта цифра значительно выше — 65%), несколько раз в неделю — 33%, несколько раз в месяц — 31%, никогда — 1% (мужчины). Среди способов борьбы со стрессом чаще всего указывают: «смотрю телевизор» — 18%, «сижу» в интернете» — 18%, употребляю алкоголь — 14% (23% мужчины и 6% женщины), «ложусь спать» и «занимаюсь хобби» по 10%; самый редкие ответы — «гуляю» (7%), «иду в спортзал» (5%). За помощью в сложной

психологической ситуации к специалисту обращаются 5% мужчин и 14% женщин, чаще всего — советуются с близкими и друзьями (39 и 51% соответственно) или умалчивают о своих проблемах (36 и 33%).

Согласно проведенному опросу, прослеживается тенденция, что основным фактором, способствующим изменить образ жизни и задуматься о ЗОЖ, являются болезни, симптомы заболеваний — не существенный повод отказаться от привычного образа жизни. Это свидетельствует о необходимости расширять профилактические мероприятия для сохранения соматического и психического здоровья.

* * *

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ТРЕНДЫ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ: НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ

Третьякова О.С.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Демографическая ситуация в Республике Крым (РК) в настоящее время характеризуется процессами депопуляции, обусловленными прежде всего снижением рождаемости и высокой смертностью населения. В связи с этим возникает необходимость проведения анализа сложившейся ситуации, причин ее формирования, а также прогнозирование развития демографической ситуации в Крыму.

В ходе анализа использованы статистические данные Управления Федеральной службы государственной статистики по Республике Крым и Севастополю. Установлено, что за последние 25 лет население РК уменьшилось на 12,8%: с 2 193 193 (1994 г.) до 1 913 731 (2018 г.) человек. В основе негативного тренда рождаемости в Крыму, как и в целом в Российской Федерации, лежит снижение числа женщин репродуктивного возраста (низкий уровень рождаемости в 90-х годах прошлого века привел как к снижению общего числа женщин фертильного возраста, так и к диспропорции их возрастного состава в последующем: на сегодня женщин в возрасте 20 лет в 2 раза меньше, чем 30-летних); низкий суммарный коэффициент рождаемости (1,63); постепенное уменьшение количества браков (2011 г. — 9,2 и 2017 г. — 7,9 на 1 тыс. населения соответственно); рост числа нуклеарных семей. В Крыму продолжает нарастать противоестественная убыль населения, которая в 2012 г. составляла — 2,1‰, а к 2017 г. возросла до — 3,5‰. В тоже время за последние 20 лет средняя продолжительность жизни увеличилась практически на 5 лет: с 67,1 года (1997 г.) до 72 лет (2017 г.). При этом женщины живут на 8,5 года дольше мужчин (76,6 и 67,1 года соответственно). Исходя из средних прогнозов на ближайшие 20 лет, к 2036 г. следует ожидать снижение числа населения РК на 9,9% (до 1728 003 человек), увеличения средней продолжительности жизни на 5 лет (до 77,3 года), увеличения суммарного коэффициента рождаемости (до 1,85), нарастания противоестественной убыли населения (до –6,9‰), за счет прогрессивного снижения рождаемости (до 9‰) и нарастания смертности (до 15,1‰). Следует отметить, что даже самый высокий оптимистичный прогноз к 2036 г. свидетельствует о сохранении противоестественной убыли населения (–0,9‰) и численности населения РК в 1 847 218 человек.

Таким образом, демографическая ситуация в РК характеризуется негативными трендами, в основе которых лежат объективные процессы, обусловленные социально-экономическим развитием общества, и требующие проведения последовательной политики, направленной на ликвидацию демографического кризиса.

* * *

АДАПТИВНЫЕ СДВИГИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ БИОТРОПНЫХ ПОГОДНЫХ УСЛОВИЙ

Уянаева А.И., Харисов Н.Ф., Тупицына Ю.Ю., Ильчишина К.И.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Человек живет в постоянно меняющейся среде и взаимодействие между генетическими и средовыми факторами могут играть существенную роль в развитии заболевания. Среди важных причин, ведущих к нарушению гомеостаза, особую роль играют погодные и климатические факторы, которые при определенных сочетаниях могут приводить к нарушениям механизмов адаптации, развитию дизадаптации, метеолабильности, что в свою очередь может отягощать течение имеющихся болезней и негативно влиять на психологический статус (А.И. Григорьев, 2014; А.Н. Разумов, 2016).

Цель исследования — выявить закономерности влияния климато-погодных факторов на психологический статус и формирования повышенной метеочувствительности у пациентов с заболеваниями суставов.

В работе использовались психологические тесты САН, тест на определение тревоги и депрессии (HADS) и шкала оценки качества сна (Sleep Quality Scale), а также анкеты по изучению метеочувствительности и ежедневные дневники самонаблюдения. Клинические наблюдения были проведены у 156 пациентов, находившихся на стационарном лечении (филиал №2). В результате анализа анкет-опросников и ежедневных дневников самонаблюдения из 156 пациентов 129 (82,7%) были метеочувствительными, у 27 (17,3%) пациентов погодообусловленные реак-

ции были слабо выраженными. Результаты психологического тестирования были сопоставлены с ежедневными медико-метеорологическими прогнозами погоды. У большинства пациентов (67,3%) погодообусловленные обострения приходились на дни с условиями внешней гипоксии и формировании влажно-прохладных погод и сопровождались проявлениями психологического дискомфорта по показаниям теста СМОЛ (повышением триады тревоги (шкалы 1, 2, 7), снижением качества сна (8—9 баллов), преобладанием тревоги и депрессии по шкале HADS в пределах 8—10 баллов (субклинически выраженная тревога или депрессия). Большинство пациентов (77,6%) отмечали ухудшение самочувствия, активности и настроения по тесту САН.

Вывод. Погодообусловленные обострения у метеочувствительных пациентов с заболеваниями суставов сопровождаются симптомами психологической нестабильности, что следует учитывать при проведении реабилитационных мероприятий.

* * *

К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ КЛИМАТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Уянаева А.И.[1] (a.uyanaewa@yandex.ru; +7(903)779-6734), Тупицына Ю.Ю.[1], Львова Н.В.[1], Лян Н.А.[1], Максимова Г.А.[2], Чукина И.М.[3]

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва;
[2]Гидрометеорологическое бюро Москвы и Московской области;
[3]Санаторий «Вулан», Геленджик

Климатотерапия как самостоятельный и эффективный метод лечения и реабилитации пациентов с различными заболеваниями, в том числе и у детей, находит все более широкое применение в санаторно-курортной практике.

Цель исследования — изучение биоклиматического потенциала санатория «Вулан» (Геленджик) с определением патогенности погоды, условий термического комфорта для проведения климатотерапии, изучение влияния климатотерапии на проявления повышенной метеочувствительности у детей с бронхиальной астмой (БА).

Автоматизированный мониторинг метеорологических параметров в 10-минутном режиме за 8 сроков наблюдения, проводимый ежедневно (за период 2012—2017 гг.) позволил выявить интегральный коэффициент биоклиматического потенциала, который составил 2,7 балла из 3 возможных. Метеопрофилактическое действие строго дозированных солнечных и воздушных ванн было изучено у 119 детей с БА. Повышенная метеочувствительность разной степени выраженности (от легких до тяжелых реакций) отмечалась у 82,6% детей. Контрольная группа состояла из 55 детей, которым по разным причинам были противопоказаны процедуры климатотерапии. Климатолечение проводилось с середины мая по сентябрь включительно, при ЭЭТ не ниже 21 °С и не выше 23 °С.

После курса лечения положительная динамика отмечалась у 61% детей с преобладанием легких метеообусловленных реакций, исчезли тяжелые метеопатические реакции, которые до лечения наблюдались у 9% детей. В контрольной группе достоверная положительная динамика не наблюдалась, хотя 19 (34,5%) из 55 детей стали меньше реагировать на контрастную смену погоды, а у 7 (12,7%) при гипоксическом типе погоды не отмечались приступы бронхоспазма. Такие положительные сдвиги можно объяснить результатами курортного лечения. У 53% детей, получавших комплексное лечение, положительная динамика сохранялась и через 6 мес.

Вывод. Дозируемые климатопроцедуры (солнечные и воздушные ванны), включенные в комплексное санаторно-курортное лечение детей с БА, являются одним их возможных подходов к профилактике и коррекции повышенной метеочувствительности и погодообусловленных обострений, так как имеют патогенетическую направленность и способствуют повышению адаптационных возможностей и неспецифической резистентности организма и его устойчивости к неблагоприятным воздействиям внешней среды.

* * *

ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ КЛИМАТА И ПОГОДЫ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЕЙ

Уянаева А.И.[1], Погонченкова И.В.[1], Тупицына Ю.Ю.[1], Турова Е.А.[1], Львова Н.В.[1], Максимова Г.А.[2]

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва;
[2]Гидрометеорологическое бюро Москвы и Московской области

В основе современного клинического представления о здоровье и болезни лежит оценка взаимодействия организма с окружающей средой. Сегодня проблема влияния внешних факторов, особенно погодно-климатических, на здоровье приобрела новое содержание и стала особенно актуальной в связи с наблюдаемым глобальным изменением климата и его региональных особенностей.

Цель исследования — изучение режима погоды, синоптико-метеорологических условий, повторяемости наиболее биотропных эффектов атмосферы в Москве и разработка персонализированных подходов коррекции и профилактики погодообусловленных обострений социально значимых хронических заболеваний.

Рассматривая медицинские аспекты изменения климата и погоды, необходимо проанализировать изменение во времени таких характеристик, которые в наибольшей степени могут оказать влияние на организм человека и способствовать формированию метеопатологии. Многолетние совместные исследования, проводимые с Росгидрометеоцентром, Гидрометеорологическим бюро Москвы и Московской области, Институтом Прикладной геофизики им. Е.К. Федорова, позволили создать современную программу автоматизированного мониторинга (АММК) метеорологических, синоптических и гелиогеофизических параметров. АММК позволяет проводить мониторинг основных характеристик погоды в режиме реального времени за 8 сроков наблюдения (00, 03, 06, 09, 12, 15, 18, 21 ч) в 10-минутном режиме с определением фактического медицинского типа погоды на текущие сутки и прогностическая оценка на последующие 2-е суток с выделением ведущего биотропного фактора. Фактические данные с метеорологического модуля поступают по сети интернет на сервер для расчета прогностических параметров по конкретной территории с помощью мезомасштабных гидродинамических моделей, что повышает достоверность прогностического медицинского типа погоды. Программа микроклиматической оценки конкретной лечебно-оздоровительной территории позволяет определить условия комфорта (эквивалентно-эффективные и радиационно-эквивалентные температуры, адекватные временные параметры) для проведения климатолечения, климатопрофилактики и реабилитации в условиях санаторно-курортного лечения.

Вывод. Современная автоматизированная система мониторинга метеопараметров с определением медицинского типа погоды предусматривает проведение комплекса мер организационно-оздоровительного и лечебно-профилактического характера для снижения негативного влияния и уменьшения погодообусловленных обострений наиболее распространенных соматических заболеваний.

* * *

ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ МАССОВОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ В СПЕЛЕОКЛИМАТИЧЕСКИХ И ГАЛОКЛИМАТИЧЕСКИХ ПОМЕЩЕНИЯХ: АНТИАСТМА, АНТИАЛЛЕРГИЯ, АНТИСТРЕСС, АНТИСТАРЕНИЕ

Файнбург Г.З.

Пермский национальный исследовательский политехнический университет, Пермь

Известно, что неспецифическое воздействие факторов необычной природной (или слабо преформированной) окружающей среды на организм человека в целом, эволюционно сформированный в условиях постоянной адаптации к изменяющейся окружающей среде, ведет к стабилизации гомеостаза, улучшению адаптационных возможностей организма, к восстановлению нормального функционирования всех физиологических систем, к «реабилитации» и «ревитализации» организма.

К инструментам такого воздействия относятся сильвинитовые спелеоклиматические (калийная соль) и галитовые галоклиматические (каменная соль) помещения, известные под общим брендом «соляные пещеры», в которых формируется особая лечебно-оздоровительная среда.

Накоплен огромный многолетний положительный опыт их применения в условиях самых разных курортов России. Их успех основан на тотальном, интегральном, неспецифическом воздействии на условия жизнедеятельности организма, на все его функциональные системы одновременно. Такое воздействие легко и эффективно сочетается с воздействием природных климатических факторов любого курорта, со всеми видами физиотерапевтических процедур общего характера или локального воздействия.

Сначала казалось, что чистым хорошим воздухом мы лечим астму, а затем выяснилось благоприятное и высокоэффективное воздействие этих методов на аллергию. Далее стало ясно, что дело не только в особенностях лечебного воздуха, но и в интервальной специфике процедур лечения. Это позволило открыть положительное воздействие соляного живого воздуха на стресс, на психофизиологические параметры организма, что подтвердило и гормезисную, и адаптационную теории механизмов «спелеолечения». Теперь от антиастмы, антиаллергии, антистресса осталось сделать еще один шаг — доказать эффекты антистарения, возникающие при репаративном восстановлении ДНК после ее незначительного повреждения природной радиоактивностью калия — 40.

Результаты лечения тысяч больных, прошедших лечение в калийном руднике или в сильвинитовой спелеоклиматической камере, показывают, что у подавляющего большинства из них все показатели крови и функции внешнего дыхания изменились после курса лечения в лучшую сторону. Помимо этого лечение в сильвинитовых спелеоклиматических камерах восстанавливает нормальное функционирование иммунной системы и организма в целом, избавляя его от заболеваний, вызванных аллергенной внешней средой, способствуя его ревитализации, поддержанию здоровья.

Это лечение легко переносится взрослыми, в том числе пожилыми и старыми, и особенно успешно действует на детей, чей организм подвижен и непрерывно перестраивается. И в этом огромное практическое назначение «спелеолечения», массово и успешно применяемого в санаторно-курортном оздоровлении населения.

Вот почему сегодня с каждым днем мы все отчетливее видим, что возникшее в 80-х годах прошлого века новое направление немедикаментозного воздействия на адаптационные возможности организма от-

крыло человечеству принципиально новое направление лечения больных и оздоровления здоровых.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ПНЕВМОКОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНМК

Фокина О.А., Урусова И.И., Никифоров А.В.

Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий Самарский», Самара

Реабилитация пациентов с церебральным инсультом в ранний восстановительный период (21 день — 6 мес) направлена на восстановление двигательных нарушений, таких как торможение нефизиологических движений и патологических позных установок, разработка амплитуды и точности активных движений, борьба с повышением мышечного тонуса и выравнивание его асимметрии; восстановление статического стереотипа вертикального положения и активной самостоятельной ходьбы.

Лечебный массаж — важная составляющая часть медицинской реабилитации двигательных нарушений. Стимуляция механорецепторов приводит к формированию импульсного потока, который по афферентным путям поступает в центральную нервную систему, где формируется ответная реакция различных органов и систем организма. Усиление лимфотока тканей ускоряет выход продуктов метаболизма клеток, что приводит устранению застойных явлений в тканях и декомпрессии афферентных проводников.

В течение 2018 г. в санатории «Самарский» наблюдались 247 пациентов в возрасте от 42 до 66 лет после перенесенного ОНМК с двигательными нарушениями, из них пациенты с центральным гемипарезом составляли:

— центральный гемипарез — 217 (88%) больных;

— верхний монопарез с нарушением поверхностной чувствительности — 26 (11%);

— преимущественно нижний монопарез — 4 (1,6%).

Больные были разделены на две группы, примерно одинаковые по возрасту, состоянию, неврологическим симптомам.

1-я группа — (127 пациентов) получала основной лечебный комплекс, который включал медикаментозную терапию, аппаратные физиопроцедуры, ЛФК, сухие углекислые ванны, жемчужные ванны, рефлексотерапию.

2-я группа — (120 пациентов) наряду с основным лечебным комплексом, получала аппаратный пневмомассаж на аппарате МК 400. Использовались пневмоманжеты, которые одевались на парализованные конечности. Манжеты имеют несколько воздушных камер, которые надуваются постепенно компрессором в направлении снизу вверх. Режимы лечения позволяют устанавливать уровень давления, время, направление и силу сжатия. Курс: 10 процедур, время 1 процедуры — 20 мин.

В обеих группах отмечено улучшение состояния после проведенного лечения, увеличение объема движений в паретичных конечностях, нормализация эмоционального фона, улучшение сна.

У пациентов 2-й группы после окончания курса прессотерапии у 106 (88%) пациентов отмечено снижение мышечного тонуса, увеличение объема движений в суставах, уменьшение вазомоторных и чувствительных расстройств, а у 14 (12%) пациентов отмечено уменьшение степени пареза. Осложнений в ходе лечения не наблюдалось.

Таким образом, применение пневмокомпрессионного массажа в лечебном комплексе процедур позволяет повысить эффективность лечения двигательных нарушений. Он улучшает функциональное состояние парализованных конечностей, способствует снижению мышечной спастичности, улучшению микроциркуляции, профилактике венозного тромбоза.

* * *

ВОЗМОЖНОСТИ ГИДРОАРОМАТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Хан М.А., Лян Н.А. (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва

В последние годы одним из перспективных направлений развития водолечения является гидроароматерапия, в основе, которой лежит воздействие пресной воды с растворенными в ней ароматическими веществами.

Эфирные масла и терпены проникая в поверхностные слои кожи, оказывают неспецифическое раздражающее воздействие, что вызывает улучшение микроциркуляции, усиление кровообращения, усиление неспецифической резистентности организма, повышение трофического действия.

В последние годы внимание привлечено к гидроароматерапии, проводимой с помощью жидких концентратов: жидкий концентрат для ванн «Эвкалипт с ментолом» детский Balneomed, «Серная ванна» Balneomed.

Оздоровление часто болеющих детей является одной из важных проблем педиатрии, поэтому актуален поиск новых немедикаментозных технологий оздоровления детей. Наиболее перспективным в этом плане является использование лекарственных фитованн.

Клинические наблюдения, проведенные у 40 часто болеющих детей, показали, что при использовании жидкого концентрата «Эвкалипт с ментолом»

позволило достичь значительного улучшения общего состояния у всех детей, исчезновения гиперемии зева у 90%, насморка — у 35%, кашля — у 45%. Катамнестические исследования показали, что через 12 мес обострение хронических очагов инфекции носоглотки было только у 22,1% детей основной группы, что меньше чем в группе сравнения.

Актуальность и социальная значимость проблемы реабилитации больных с послеожоговыми рубцами очевидна, особенно у детей. Главная задача реабилитации пострадавших от ожогов — лечение гипертрофических и келоидных рубцов, развивающихся на местах ожогов. В настоящее время доказано, что наиболее эффективным бальнеологическим фактором лечения послеожоговых рубцов являются сероводородные воды. Вместе с тем дороговизна транспорта, организационные трудности, недостаточное число санаторных коек для таких больных ограничивают возможность применения природных сероводородных вод. Поэтому разработка фирмой «Бальнеомед» жидких серных концентратов определила перспективность применения серных ванн в реабилитации детей с после-ожоговой травмой.

Клинические наблюдения, проведенные в сравнительном аспекте у 52 детей с послеожоговыми рубцами выявили к концу курса размягчение рубцов, уменьшение плотности и толщины на 1—2 мм у 85% детей, уменьшение их высоты рубца (у 60%). К концу курса цвет рубца становился более бледным, отмечалось уменьшение зуда, чувства боли, стянутости и напряжения в рубцах.

Таким образом, проведенные исследования позволяют рекомендовать для внедрения в практику СКЛ детей применения гидроароматерапии.

* * *

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИМПУЛЬСНОЙ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИИ

Хан М.А. (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047)

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва

В последние десятилетия в России и за рубежом интенсивно развивается перспективное направление физиотерапии — магнитотерапия.

В педиатрии применяются различные виды магнитных полей (вращающее, бегущее, переменное, импульсное и др.).

Сегодня особое наше внимание привлечено к импульсному магнитному полю, обладающему наибольшей активностью в биологическом отношении и высокой чувствительностью ткани в отличие от переменных.

В настоящее время разработана линейка аппаратов генерирующих магнитное поле в щадящем импульсном режиме, что важно для педиатрии, вследствие уменьшения энергетической нагрузки: Алмаг-01, Алмаг-02, Алмаг+, Диамаг (Алмаг-03), Полимаг-02.

Аппарат Полимаг-02 является универсальным передвижным аппаратом нового поколения, где имеется возможность воздействия различными видами полей (бегущее, вращающее и др.) в импульсном режиме.

Дополнительный интерес к магнитотерапии возник в последние годы в связи с появлением публикаций о форетических свойствах магнитных полей. Магнитофорез — это сочетанное использование магнитных полей и лекарственных веществ. Магнитные поля ускоряют диффузионные процессы, повышают сосудистую и эпителиальную проницаемость, улучшают биодоступность лекарственных веществ.

В последние годы в ряде стран Европы и России все большее распространение получила общая магнитотерапия, при которой воздействию магнитным полем подвергается весь организм или большая его часть. Аппарат Полимаг-02 предназначен не только для локальной, но и для общей магнитотерапии.

В настоящее время выпускается новый аппарат Алмаг+, состоящий из 4-х связанных между собой катушек — индукторов, объединеных по 2 индуктора или в виде линии из 4 индукторов.

Значительного внимания для педиатрии заслуживают сочетанные методы магнитотерапии. Сочетание магнитных полей с другими физическими факторами — один из перспективных путей повышения эффективности и оптимизации магнитотерапии (магнитоэлектрофорез, магнитолазер и др.).

Таким образом, в настоящее время разработаны и научно обоснованы технологии импульсной магнитотерапии с применением аппаратов Полимаг-02 и Алмаг+ для широкого внедрения в практику санаторно-курортных организациях.

* * *

ПРИНЦИПЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Хан М.А.[1, 3], Вахова Е.Л.[1, 3], Александров А.В.[2], Рассулова М.А.[1], Тарасов Н.И.[2], Румянцева М.В.[1] (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ»; [2]ГБУЗ «ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ»; [3]ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва

Травматизм у детей остается одной из ведущих медико-социальных проблем вследствие высокой распространенности травм и их влияния на уровень смертности и инвалидности детского населения. Различные повреждения коленного сустава составляют от 5 до 25% всех травм опорно-двигательного аппарата у детей. Проведенными ранее исследованиями установ-

лена целесообразность применения локальной воздушной криотерапии, гальваногрязелечения с использованием охлажденной пакетированной иловой сульфидной грязи у детей с хроническими синовитами коленных суставов в раннем послеоперационном периоде. Курсовое воздействие импульсной низкочастотной магнитотерапии на всех этапах медицинской реабилитации детей с повреждениями коленных суставов устраняет болевой синдром, микроциркуляторные нарушения в области травмы. Травмы локтевого сустава составляют 40—50% от общего числа повреждений опорно-двигательного аппарата у детей. Среди технологий медицинской реабилитации таких детей особое место занимает роботизированная механотерапия в комплексе с вазоактивной электростимуляцией. Комплексное применение физических факторов вызывает регресс болевого синдрома, отека уже после 3 процедуры у большинства детей, способствует достоверному увеличению объема активных движений в локтевом суставе, вплоть до нормализации у 90,0% детей. Повреждения сухожилий сгибателей пальцев кисти у детей встречаются в 48% случаев от всей травмы кисти. Отдельным, нерешенным вопросом стоит проблема отсутствия единой, адекватной системы послеоперационного ведения и реабилитации детей с травмой сухожилий, в 40% случаев сопровождающейся повреждением нервов и сосудов. Задачами медицинской реабилитации при повреждении периферических нервов являются профилактика рубцово-спаечного процесса в нерве, стимуляция его регенерации, уменьшение выраженности вегетативных и трофических расстройств, сохранение функции денервированных мышц, улучшение двигательных возможностей конечности.

* * *

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Хан М.А., Новикова Е.В., Румянцева М.В. (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ»; [2]ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

В настоящее время проводится оптимизация системы медицинской реабилитации детей с последствиями перинатального поражения ЦНС, определение алгоритма медицинской реабилитации детей после перенесенного инсульта, совершенствование системы медицинской реабилитации детей с ДЦП, научное обоснование системы медицинской реабилитации детей с двигательными нарушениями вследствие врожденной патологии спинного мозга после реконструктивных вмешательств.

В последние годы установлено, что раннее включение в комплексную реабилитацию технологий кинезотерапии (лечебный массаж, Войта-терапия, лечебная гимнастика, фитбол-гимнастика, сухая иммерсия), позволяет не только снизить объем медикаментозного лечения, но и повысить эффективность реабилитационных мероприятий.

Медицинская реабилитация детей, перенесших инсульт, является чрезвычайно актуальной. Сегодня в Москве на базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» создан Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков. Ведущим учреждением Департамента здравоохранения Москвы на 2-м этапе медицинской реабилитации детей после инсульта является Научно-практический центр детской психоневрологии. 3-й этап медицинской реабилитации таких детей проводится в 40 амбулаторно-поликлинических центрах и Центре медицинской реабилитации ДГКБ им. Н.Ф. Филатова, где восстановительное лечение продолжается в соответствии с дифференцированной и индивидуальной программой реабилитации и включает функциональную электросимуляцию, грязелечение, кинезотерапию, массаж, эрготерапию.

Для детей с ДЦП в настоящее время научно обоснованы и предложены практическому здравоохранению современные технологии физио и кинезотерапии: селективная электростимуляция лимфодинамики, высокоинтенсивная импульсная магнитотерапия, неселективная и селективная хромотерапия, локальная воздушная криотерапия, кинезиотейпирование, роботизированная механотерапия.

Сегодня разработаны технологии медицинской реабилитации для детей со спинальным дизрафизмом. На первом этапе медицинской реабилитации большое внимание уделяется коррекции тазовых нарушений. С этой целью назначают электростимуляцию, лекарственный электрофорез, магнитотерапию в зависимости от типа нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Доказана эффективность высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии у детей с арефлекторным мочевым пузырем. Второй этап медицинской реабилитации направлен на коррекцию двигательных нарушений. Наряду с аппаратной физиотерапией последние годы активно внедряются современные технологии лечебной физкультуры. Третий этап медицинской реабилитации таких детей включает различные оздоровительные технологии, такие как аэроионотерапия, галотерапия, бальнео-грязелечение.

Таким образом, в настоящее время широко применяются технологии физиотерапии, кинезотерапии в детской неврологии, позволяющие оказать воздействие на различные патогенетические звенья заболеваний и повысить качество жизни пациентов.

* * *

ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ ИМПУЛЬСНАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГИДРОНЕФРОЗА

Хан М.А.[1, 2, 3], Новикова Е.В.[1, 2, 3] (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047), Турова Е.А.[1]

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [2]ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва; [3]ФДПО ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Актуальность и социальная значимость медицинской реабилитации детей с гидронефрозом обусловлены: высокой частотой встречаемости (7%) среди всех врожденных заболеваний детского возраста; возможностью развития хронической болезни почек и ранней инвалидизацией.

Успех оперативных вмешательств во многом зависит от проведения реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление уродинамики верхних и нижних мочевых путей, стимуляцию репаративных процессов, улучшения почечного кровотока. Вместе с тем до настоящего времени нет научного обоснования о возможности применения физических факторов в ранний послеоперационный период у детей, оперированных по поводу гидронефроза.

Среди технологий медицинской реабилитации особое внимание в последние годы привлечено к высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии, оказывающей активное воздействие этого фактора на нервно-мышечный аппарат, вызывающей ритмические сокращения мышечных волокон, способствующей улучшению периферического кровообращения и трофики тканей.

Клинические наблюдения и специальные исследования, проведены у 80 детей с гидронефрозом, состоянием после операции, в возрасте от 3 до 15 лет. При этом основную группу составили 40 детей, получавших высокоинтенсивную импульсную магнитотерапию на фоне базисной терапии, 40 детей составили контрольную группу, получавших базисную терапию, включающую лечебную физкультуру и уросептики.

Комплексное восстановительное лечение с включением высокоинтенсивной магнитной стимуляции способствовало у 80% больных основной группы достоверному снижению протеинурии и лейкоцитурии.

Уменьшение выраженности пиелоэктазии, сокращение размеров чашечек, по данным УЗИ почек, достоверно отмечалось в 90,0% случаев, что свидетельствовало о восстановлении уродинамики на уровне верхних мочевых путей. По данным допплерометрии интраренального кровотока у всех детей с обедненным почечным кровотоком отмечалось улучшение кровотока на уровне сосудов всех порядков до кортикальных отделов. На основании проведенных исследований впервые дано научное обоснование целесообразности включения высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии в комплексную медицинскую реабилитацию детей, оперированных по поводу гидронефроза. Доказана более высокая эффективность медицинской реабилитации с включением импульсной высокоинтенсивной магнитотерапии (87,5%) детей, оперированных по поводу гидронефроза, чем в группе сравнения (62,5%).

* * *

ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Хан М.А.[1, 2], Дегтярева М.Г.[3], Румянцева М.В.[1], Микитченко Н.А.[1]

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [2]Центр медицинской реабилитации ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы», Москва; [3]Кафедра неонатологии ФДПО ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Двигательное развитие на первом году жизни является важнейшим критерием, определяющий процессы структурного и функционального созревания нервной системы, а так же компенсацию отклонений в развитии и возможный реабилитационный потенциал. Сроки развития двигательных навыков на первом году жизни являются важным прогностическим критерием компенсации неврологических нарушений.

Медицинская реабилитация детей с перинатальным поражением нервной системы основана на принципах раннего начала коррекции, индивидуального подхода и комплексного использования различных средств реабилитации.

Перспективной технологией кинезотерапии является Войта-терапия, в основе которой лежит рефлекторная стимуляция онтогенетических локомоторных комплексов поворота и ползания, играющих главную роль в моторном развитии ребенка.

С целью изучения эффективности применения Войта-терапии у недоношенных детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы проведены клинические наблюдения и специальные исследования у 86 детей с перинатальным поражением ЦНС. 43 ребенка составили основную группу, которая получала Войта терапию 1 раз в день в течение 10 дней. Группу сравнения были включены 43 ребенка, которые на момент наблюдения не получали медицинскую реабилитацию. Группы были сопоставимы по гестационному возрасту, типу перинатального поражения ЦНС, степени тяжести поражения ЦНС.

Для объективизации оценки неврологического статуса проводилась количественная оценка мы-

шечно-постурального тонуса по шкале INFANIB (P. Ellison, 1995), (тестирование по 20 пунктам с оценкой в баллах от 0 до 5 по каждому пункту). В основной группе до начала Войта-терапии преобладали дети с оценкой по шкале INFANIB была в диапазоне «патология» (55,81%). 44,2% детей имели оценку по шкале в INFANIB диапазоне «транзиторных двигательных нарушений». В группе сравнения диапазон «транзиторных двигательных нарушений» отмечен в 65% случаев. 23,3% детей в группе сравнения оценка по шкале INFANIB была в диапазоне «патология», и у 11,6% — оценка «норма».

После курса Войта-терапии отмечено достоверное увеличение суммарной оценки по шкале INFANIB (достоверность измерений p=0,0001). При этом в 53,5% случаев отмечен переход в диапазон менее выраженных неврологических нарушений. В группе сравнения динамика не была статистически значимой.

На фоне Войта-терапии оценка по шкале INFANIB в диапазоне «норма» получена у 25,6% детей, что указывает на то, что Войта-терапия в большей степени способствует нормализации мышечного тонуса и формированию физиологических двигательных стереотипов. В группе сравнения выявлено отсутствие динамики, что является маркером формирования патологического двигательного стереотипа и критерием неблагоприятного прогноза для моторного развития.

Таким образом, Войта-терапия являются важными и перспективными методами коррекции неврологических нарушений у детей с перинатальным поражением нервной системы.

* * *

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ КУРОРТОЛОГИИ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Хан М.А.[1, 2] (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047), Погонченкова И.В.[1]

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», [2]ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва

В настоящее время распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.18 №2581-р утверждена Стратегия развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации, основной целью которой является повышение доступности санаторно-курортного лечения и развитие лечебно-оздоровительных местностей и курортов.

Важной задачей Стратегии развития санаторно-курортного комплекса РФ является разработка современной нормативно-правовой базы. В последние годы проведена большая работа по разработке документов, регламентирующих деятельность санаториев, в том числе для детей: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 05.05.16 №279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения». Приказ Министерства здравоохранения РФ от 07.06.18 №321н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».

Учитывая высокую значимость проблемы организации санаторного этапа медицинской реабилитации основные усилия в рамках Госпрограммы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г., сосредоточены на создании: реабилитационных отделений и реабилитационных центров для реализации 2-го и 3-го этапов медицинской реабилитации, в том числе на базе санаторно-курортных организаций.

Важной задачей является широкое использование научных достижений в санаторно-курортном комплексе.

В настоящее время отмечается тенденция к активизации научных исследований в области детской курортологии. Актуализируются проблемы адаптации детского организма к контрастным климатическим условиям. Активно изучаются с нашим участием вопросы медицинской климатологии в плане определения особенностей метеопатологических реакций и разработки методов их коррекции и профилактики с использованием природных факторов, что обосновывает необходимость воссоздания деятельности биоклиматических станций в санаторно-курортных учреждениях.

К числу актуальных проблем развития Стратегии развития санаторно-курортного комплекса РФ относится разработка клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам профилактики и лечения различных заболеваний с использованием, прежде всего природных лечебных ресурсов.

Важной задачей Стратегии развития санаторно-курортного комплекса РФ является подготовка кадров в области медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения детей, особенно учитывая Приказ Минтруда России от 03.09.18 «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации».

* * *

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ НА ОСНОВЕ МКФ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хегай Б.С.[1] (hegai_bella@mail.ru), Олжаев С.Т.[1], Грушина Т.И.[2]

[1]Алматинский региональный онкологический диспансер, Алматы, Казахстан; [2]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Одной из задач лечения ежегодно увеличивающегося числа больных со злокачественными новообразо-

ваниями является улучшение качества их жизни, что достигается проведением различных реабилитационных мероприятий. Для оценки взаимосвязанных и взаимодействующих показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, для создания индивидуального профиля функционирования человека и сравнения вариантов восстановительной терапии была создана Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Широкое ее использование пока ограничено в связи с отсутствием базовых наборов кодов МКФ для всех нозологических форм заболеваний и необходимостью экспертной разработки количественных значений или определителей степени выраженности конкретной проблемы с внесением соответствующих предложений по методике их оценки.

Цель исследования — изучение качества жизни больных раком молочной железы как дополнительного инструмента для оценки результатов противоопухолевого лечения и использования его при описании «Структуры организма (s)» и «Функции организма (b)» в терминологии МКФ. Под наблюдением находились 30 больных в возрасте 55—70 лет с диагнозом «рак молочной железы I—III стадии», которые были разделены на три сопоставимые группы: 1-я группа — получили неоадъювантную полихимиотерапию, 2-я группа — радикальную резекцию молочной железы и адъювантную полихимиотерапию и 3-я группа — радикальную мастэктомию и адъювантную полихимиотерапию. Качество жизни больных изучалось посредством их анкетирования по опроснику ВОЗ КЖ-100 по 6 сферам жизни человека. Из всех полученных результатов исследования следует отметить следующие. Физическая сфера у больных 1-й группы — 15, 2-й группы — 14 и 3-й группы — 13,7 балла. Уровень независимости у больных 1-й группы — 12, 2-й группы — 19,5 и 3-й группы — 11,8 балла. Социальные отношения у больных 1-й группы — 13, 2-й группы — 18 и 3-й группы — 11 баллов. Духовная сфера у больных 1-й группы — 13, 2-й группы — 14 и 3-й группы — 14 баллов. Суммарная оценка качества жизни больных 1-й группы — 80,23, 2-й группы — 94,95 и 3-й группы — 75,7 балла. Результаты для 3-й группы больных очевидны. Обращает на себя внимание, что, несмотря на отсутствие функциональных и структурных нарушений у больных 1-й группы, получивших только химиотерапию без оперативного вмешательства, по сравнению с больными 2-й группы, перенесшими органосохраняющую операцию и адъювантную полихимиотерапию, качество жизни в субсферах физиологического благополучия, социальных отношений и уровня независимости страдает в большей степени (в среднем на 7 баллов).

Таким образом, при кодировании на основе МКФ нарушений структур и функций организма больных раком молочной железы на этапах их радикального лечения должно учитываться качество их жизни, оценка которого должна проводиться совместно клиницистом и больной.

* * *

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОСНОВНЫМИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА КУРОРТЕ ТАМИСК РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ — АЛАНИЯ

Цагараева З.Р.

Министерство труда и социального развития Республики Северная Осетия — Алания ГБУ «Республиканский детский реабилитационный центр «Тамиск», Республика Северная Осетия — Алания

Курорт Тамиск находится в Алагирском районе Республики Северная Осетия — Алания, в 47 км от столицы Владикавказа. Курорт расположен на высоте 731 м над уровнем моря, в долине рек Ардон и Тамискдон, окруженной с трех сторон горами, покрытыми пышными лиственными лесами и яркой субальпийской растительностью. Именно здесь в 1960 г. была открыта первая детская здравница, где сульфидные воды впервые были использованы для лечения заболеваний органов пищеварения у детей. Сегодня — это современный реабилитационный центр для оказания медико-социальной помощи и оздоровлению детей-инвалидов и других категорий детей, нуждающихся в особой поддержке государства. Главной и основной задачей центра является оказание качественной медицинской помощи детям и подросткам с целью максимального восстановления их здоровья и социальной адаптации.

Основные природные лечебные факторы — климат и сульфидные воды. Климат здесь умеренно-континентальный, с невысокой влажностью, обладает высоким реабилитационным потенциалом и широкими курортно-рекреационными возможностями для организации специальных форм климатолечения и ландшафтотерапии (данные Пятигорского государственного научно-исследовательского института курортологии ФМБА России, 2017 г.). Минеральные воды Тамискского месторождения — это крепкие (H2S+HS 0,10—0,25 г/дм^3), сероводородные воды сульфатного магниево-кальциевого состава с минерализацией 2,0—5,0 г/дм^3, близки по составу к Сергиевским минеральным водам, а по лечебному эффекту к водам Мацесты.

В республиканском детском реабилитационном центре «Тамиск» используется подземная минеральная вода эксплуатационной скважины №3 Тамискского месторождения, которая относится к слабосульфидным, маломинерализованным минеральным водам сульфатного магниево-кальциевого состава (данные Пятигорского государственного научно-исследовательского института курортологии ФМБА России, 2018 г.)

Наличие уникальных природных лечебных факторов — горного климата и слабосульфидных минеральных вод, позволяет отнести курорт Тамиск к уникальным, с высоким реабилитационным потенциалом, и с достоверно значимой эффективностью проводить оздоровительные и терапевтические мероприятия детям с патологией сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата, кожи и придатков, болезней органов дыхания и пищеварения и др. Мероприятия по оздоровлению включают не только климато- и бальнеолечение, но и использование таких современных психологических методик, как арт-терапия, кукло-терапия, лечебная хореография, класс Монтессори и др. Для детей организованы гончарная, столярная и швейные мастерские.

Республиканский детский реабилитационный центр «Тамиск», который находится в одном из живописнейших мест Северной Осетии, на современном уровне оказывает медицинскую, социально-педагогическую, социально-психологическую, социально-правовую, социокультурную реабилитацию детям, находящимся в трудной жизненной ситуации с социально значимыми заболеваниями.

* * *

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА (КАРБОКСИТЕРАПИЯ) В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ В ФГБУ «ВОЕННЫЙ САНАТОРИЙ «КРЫМ» МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Чеботарев В.В.

ФГБУ «Военный санаторий «Крым» Министерства обороны Российской Федерации, Республика Крым, Алушта, п.г.т. Партенит

Заболевания суставов — один из самых распространенных недугов людей пожилого возраста. Артрозы (дегенеративно — дистрофические заболевания суставов) являются наиболее распространенными заболеваниями. По данным Колгрена и Лоренса, симптомы артрозов наблюдаются у 87% женщин и 83% мужчин в возрасте 55—64 лет.

Артриты — воспалительные заболевания суставов, при которых поражаются синовиальная оболочка, капсула сустава, суставной хрящ и др. элементы. По статическим данным, в РФ заболеваемость составляла 9,5 человека на 1000 населения, что составляет 0,95%.

Карбокситерапия (лечение инъекциями углекислого газа) метод совершенно новый для традиционной медицины.

Эффект карбокситерапии объясняется локальным улучшением кровообращения. Повышенная концентрация углекислого газа в тканях является для ЦНС индикатором нарушения гемодинамики, включаются компенсаторные механизмы: дилятация кровеносных сосудов, коллатеральное кровообращение, интенсифицируется метаболизм.

Карбокситерапия практически не имеет противопоказаний, сочетается со всеми видами медикаментозного и физиотерапевтического лечения.

В ФГБУ «Военный санаторий « КРЫМ» МО РФ для инъекций углекислого газа использовался дозатор газовых инъекций «INDAP», позволяющий дозировать углекислый газ от 1,0 до 50,0 мл в одной инъекции.

В 2017 г. мною и хирургом — травматологом А.В. Шаповалом была проведена научно-практическая работа, наглядно подтвердившая ценность этого метода в лечении артралгий при деформирующих артрозах.

Цель исследования — изучить эффективность действия углекислого газа у больных с артралгиями различной природы и локализации, сравнив с результатами в контрольной группе.

Методика проведения. Хирург-травматолог отобрал две группы по 25 пациентов (исследуемую, контрольную) с артралгиями различного генеза и локализаций. Обе группы получали стандартное лечение: магнитотерапия, электрофорез бишофита, фонофорез с гидрокортизоном, хондропротекторы. Исследуемая группа дополнительно инъекции углекислого газа по методикам, рекомендованным в работе И. Марека и М. Кораловой «Газовые инъекции — метод Рефлексотерапии» в точки акупунктуры вокруг суставов, в сегментарно связанные с суставом точки в области позвоночника и отдаленные точки.

Курс лечения состоял из 8—10 процедур.

Во всех случаях в исследуемой и контрольной группах в результате лечения, независимо от возраста и пола, наблюдалась положительная динамика у всех пациентов, с преобладающим эффектом в исследуемой группе.

Методом карбокситерапии за сезон с мая 2014 г. по сентябрь 2017 г. проведено лечение 317 пациентам. Из них 133 (42%) по поводу артралгий. Осложнений и ухудшений не наблюдалось. И только в 1 случае не удалось добиться положительной динамики.

Вывод. Применение инъекционной рефлексотерапии углекислого газа в комплексном санаторно-курортном лечении артралгий различной этиологии повышает качество лечения.

* * *

ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ВЛИЯНИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ И БАЛЬНЕОГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Чепурная Л.Ф. (niidkif@mail.ru; +7(06569)61-674)

ГБУЗРК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория

Актуальной и важной проблемой в педиатрии является черепно-мозговая травма (ЧМТ). С каждым годом количество черепно-мозговых повреждений уве-

личивается, часто в позднем и отдаленном периоде травматический процесс имеет ремиттирующий тип течения, что нередко приводит к инвалидизации, потому проблема приобретает не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Под наблюдением находились 100 детей школьного возраста с последствиями ЧМТ (церебрастенический синдром) со сроком давности полученной травмы 1—2 года. Наиболее частой причиной ЧМТ были транспортные катастрофы, падения с высоты и удар по голове. Установлено, что у детей, перенесших ЧМТ, наряду с церебрастеническими жалобами обнаружены признаки дисфункции неспецифических регуляторных систем мозга, дистония сосудов головного мозга с затруднением венозного оттока и признаками умеренно выраженной гипертензии, отмечен выраженный дисбаланс в обмене катехоламиновых гормонов мочи, который проявлялся чрезмерной активацией адренергического гормонального звена и снижением уровня активности медиаторного звена симпатико-адреналовой системы.

На санаторно-курортном этапе дети были сформированы в две группы и получали основное лечение, в комплекс которого включали санаторный режим, массаж, лечебную физкультуру, климатолечение, импульсную магнитотерапию от аппарата Алимп-1. Индукторы-соленоиды располагали на воротниковую зону, лечебный курс 8 процедур, через день. Больные 1-й группы дополнительно получали грязевые аппликации, по сегментарно-рефлекторной методике — «лента» вдоль позвоночника, на курс 10 процедур, через день. Дети 2-й группы дополнительно получали жемчужные ванны, на курс 10 процедур, через день.

В результате проведенных исследований до и после лечебных комплексов установлено, что лечебный комплекс с пелоидотерапией способствовал уменьшению числа жалоб, нормализации внутрицентральных отношений и повышению функционального состояния ЦНС, улучшению трофотропной активности вегетативной нервной системы, также отмечалась благоприятная тенденция к нормализации тонуса сосудов и снижению признаков внутричерепной гипертензии и функциональная нормализация звеньев симпатико-адреналовой системы. Что расценивалось как регулирующее действие данного лечебного комплекса.

Лечебный комплекс во 2-й группе больных также способствовал уменьшению числа жалоб. Со стороны ЦНС динамика обусловлена значительным повышением уровня функциональной активности стволовых отделов головного мозга. Значительно уменьшилось число детей с выраженной симпатикотонией и возросло с ваготонией. Наблюдалась благоприятная тенденция к нормализации тонуса сосудов, без существенной динамики симпатико-адреналовой системы. Отмечено стимулирующее действие данного лечебного комплекса.

Под влиянием лечебных комплексов выявлена положительная динамика клинической симптоматики: дети стали спокойнее, исчезли головные боли и головокружения, улучшился сон, значительно уменьшилась утомляемость. Интегральный показатель динамики клинико-нейрофизиологических исследований у детей с последствиями ЧМТ позволил нам отметить более благоприятное влияние лечебного комплекса с включением магнитотерапии и грязелечения.

* * *

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКТАЛЬНЫХ ОЗОНОВЫХ ИНСУФФЛЯЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чиркова Е.Л. (mchp3@yandex.ru; +7(985)642-1077)

Московский центр проблем здоровья, Москва

Артериальная гипертензия, осложненная нарушением метаболизма углеводов и липидов, является серьезным предиктором потенциально смертельных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Поэтому разработка эффективных методов лечения и профилактики ее осложнений является актуальной проблемой современной медицины. Определенный вклад в решение этой проблемы вносят методы восстановительной медицины, среди которых особый интерес представляют различные технологии применения озонотерапии.

Цель исследования — изучение терапевтических эффектов ректальных озоновых инсуффляций и отдаленных результатов их применения у больных с артериальной гипертензией, осложненной метаболическим синдромом. У 105 пациентов до и после лечения анализировались секреция инсулина и кортизола, уровень глюкозы и липидов крови. В основной группе пациенты на фоне базовой терапии получали курс из 15 процедур ректальной озоновой инсуффляции (концентрация озона 6000 мкг/л, объем на одну процедуру 1000 мл, длительность 5—7 мин), в группе «плацебо» при аналогичной процедуре ректально вводили воздух.

Установлено, что ректальные озоновые инсуффляции оказывают выраженное гипотензивное действие у пациентов с артериальной гипертензией, которое связано с влиянием озона на системные проявления заболевания, включая коррекцию нарушений обмена углеводов и липидов. При этом индекс инсулинорезистентности, основной параметр метаболического синдрома, снизился на 23%, что свидетельствует о высоком терапевтическом потенциале озона. Доказано, что после окончания лечебного курса число пациентов с высокой клинической эффективностью практически в три раза превосходило аналогичный показатель у пациенток контрольной группы и группы «плацебо».

Анализ отдаленных результатов применения ректальных озоновых инсуффляций был проведен через 3, 6, 9 и 12 мес после окончания лечения. Установлено, что если в группе контроля после применения стандартной гипотензивной терапии и группе «плацебо» (воздушные ректальные инсуффляции на фоне стандартной терапии) гипотензивный эффект сохранялся в течение соответственно 5,1±0,18 и 5,3±0,21 мес, то у пациентов основной группы — в течение 7,4±0,37 мес ($p<0,01$). Также только у пациентов, получавших ректальные озоновые инсуффляции, отмечался достаточно длинный (в течение 3—4 мес) период снижения массы тела, что свидетельствует о метаболической эффективности озонотерапии не только во время ее применения, но и в отдаленном периоде. Наконец, достаточно демонстративен и такой показатель, как количество дней временной нетрудоспособности по основному заболеванию в течение года после завершения лечебного курса. У пациенток контрольной группы и группы «плацебо» он составил соответственно 11,4±0,43 и 12,0±0,45 дня, тогда как применение ректальных озоновых инсуффляций способствовало снижению этого параметра до 9,8±0,36 дня($p<0,01$).

Таким образом, есть некоторые основания говорить о том, что ректальные озоновые инсуффляции обладают не только терапевтическим эффектом при комплексной терапии артериальной гипертензии, но и могут применяться для профилактических целей.

* * *

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ МЕХАНИЗМОВ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ РЕКТАЛЬНЫХ ОЗОНОВЫХ ИНСУФФЛЯЦИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Чиркова Е.Л. (mchp3@yandex.ru; +7(985)642-1077)

«Московский центр проблем здоровья», Москва

Озонотерапия широко применяется при комплексном лечении различных заболеваний, однако механизмы ее действия изучены не в полной мере. В этом плане особый интерес представляет изучение влияния озона на обмен углеводов и липидов, нарушение которых в значительной степени осложняет течение артериальной гипертензии. Целью исследований явилось изучения влияния ректальных озоновых инсуффляций на гормональную регуляцию метаболических реакций. В работе приняли участие 105 пациентов с артериальной гипертензией 1-го функционального класса в сочетании с метаболическим синдромом. У всех пациентов до и после лечения определяли концентрацию в крови инсулина и кортизола, а также уровень глюкозы и липидов в крови, активность системы перекисного окисления липидов.

Установлено, что ректальные озоновые инсуффляции обладают гипотензивным и метаболическим эффектом, однако при анализе возможных механизмов лечебного действия озонотерапии мы обнаружили несколько фактов, которые не вписываются в традиционные представления о ее терапевтическом эффекте.

Во-первых, при однократном применении ректальных озоновых инсуффляций отмечалась парадоксальная реакция в виде фазовых изменений концентрации малонового диальдегида: в первые минуты после воздействия его уровень возрастал на 15% при снижении активности антиоксидантного фермента каталазы на 11%, тогда как 60 мин наблюдалась обратная картина — снижение уровня малонового диальдегида на 16% при увеличении активности каталазы на 25%. Во-вторых, также на раннем этапе после проведения ректальных озоновых инсуффляций отмечалось повышение продукции кортизола на 19%, что традиционно свидетельствует о развитии реакции стрессорного типа. Примечательно, что между уровнем кортизола и малонового диальдегида к 15-й минуте появлялась выраженная прямая зависимость: $\rho=+0,42$; $p<0,05$. В-третьих, также в этот период времени отмечалось снижение секреции инсулина на 15% на фоне небольшого повышения гликемии. Эти факты однозначно свидетельствуют о том, что, как минимум, на начальном этапе реализации биологического потенциала озонотерапии присутствуют реакции стрессорного типа.

Однако, через 60 мин после окончания ректальных озоновых инсуффляций отчетливо проявлялись терапевтические эффекты: на фоне снижения артериального давления не только исчезал дисбаланс в системе перекисного окисления липидов, но и уменьшалась секреция кортизола на 10%, а также выявлялся гипогликемический эффект и на 22% снижался индекс инсулинорезистентности.

Более того, выявленная нами обратная зависимость между повышением кортизолемии к 15-й минуте и снижением явлений инсулинорезистентности к 60-й минуте, а также уменьшением к этому времени систолического артериального давления на 8% позволяет предположить важную роль стрессорного компонента в механизме реализации лечебного действия озона. После курсового применения озоновых процедур отмечается повышение базальной секреции кортизола на 39% на фоне стабильного снижения параметров артериального давления, регресса дисбаланса в системе перекисного окисления липидов и уменьшения проявлений метаболического синдрома.

Таким образом, результаты наших исследований раскрывают некоторые механизмы терапевтического действия ректальных озоновых инсуффляций у пациентов с артериальной гипертензией, что позволяет рекомендовать эту достаточно простую технологию к внедрению в практическую медицину при комплексном лечении заболеваний, ассоциированных с метаболическими нарушениями.

* * *

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ

Чистякова И.А., Ипатова М.В., Добрынина Л.А.

ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва; ФГБОУ «РГУФКСМ и Т» Минспорта, Москва

Объективизация результатов послеоперационной реабилитации у женщин после гинекологических операций особенно актуальна при применении современных инновационных немедикаментозных технологий в связи с их вариабельностью. В этой связи перспективным является назначение комплекса индивидуальных занятий лечебной гимнастикой (ЛГ) с инструктором-методистом.

Цель исследования — определить необходимость включения ЛГ в комплекс реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде у женщин после гинекологических операций.

Комплекс лечебных мероприятий у обследованных 33 женщин в возрасте от 36 до 48 лет включал унифицированную антибиотико- и физиотерапию. После операций на половых органах 18 женщин (1-я группа) в течение 3 сут. получали комплекс ЛГ по формированию релаксационно-диафрагмального дыхания. Ко 2-й группе (15 пациенток) с аналогичным хирургическим вмешательством — комплекс ЛГ не применялся. Все пациентки имели хронические экстрагенитальные заболевания в стадии ремиссии. Для косвенной оценки кислородного обеспечения организма после операции проведены тесты: функциональная проба Штанге и проба Генчи. Средние показатели у здоровых женщин варьируются от 40 до 50 с и от 20 до 40 с соответственно.

На 3-и сутки после операции у всех пациенток отмечена положительная динамика самочувствия, мышечного тонуса, психофизического напряжения, а также клинических показателей по гинекологическому профилю заболевания. Показатели гипоксических тестов варьировали в пределах нормативных значений. Реакция пациенток 1-й группы на ЛГ была адекватной. Динамика величин при пробе Штанге у 85,3% пациенток 1-й группы указывала на повышение с 30,2±2,1 до 49,1±2,6 с, при пробе Генчи с 23,2±1,4 до 37,9±1,9 с. У 56,3% пациенток 2-й группы — с 29,7±2,1 до 38,7±1,3 с и с 21,5±1,9 до 32,4±1,3 с соответственно. У остальных женщин значимых изменений в изучаемых показателях выявлено не было, что могло быть связано с отягощенным соматическим статусом. Важно отметить, что результаты гипоксических тестов Штанге и Генчи у пациенток 1-й группы соответствовали удовлетворительным значениям, тогда как у женщин 2-й группы показатели были неудовлетворительными (⩽39 и ⩽34 с соответственно). Результаты дыхательных тестов указывали на повышение резервных возможностей организма в большей степени у женщин 1-й группы. Это связано с вариативностью вегетативного контроля организма вследствие улучшения работы сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Таким образом, результаты исследования показали целесообразность включения ЛГ в комплекс лечебных мероприятий в раннем послеоперационном периоде после гинекологических операций.

* * *

ЛУЧШАЯ ГРЯЗЕЛЕЧЕБНИЦА

Шаповал А.В.

ФГБУ«Военный санаторий «Крым» Министерства обороны Российской Федерации, Республика Крым, Алушта, п.г.т. Партенит

Природа — неиссякаемый источник здоровья и долголетия. Особое место в ряду лечений занимает грязелечение как могучее средство исцеления от тяжелых недугов.

В качестве основного средства лечения выступают грязи минерально-органического происхождения. Эффективность терапевтического воздействия подобных материалов обусловлена сочетанием специфических химических, механических и температурных факторов.

Грязевые процедуры оказывают обезболивающее, противовоспалительное, рассасывающее действие.

В ФТО №2 ФГБУ «Военный санаторий «Крым» Минобороны России применяется очищенная фасованная, готовая к употреблению сульфидная иловая грязь Сакского озера. Иловая грязь представляет собой пластичную массу черного цвета с запахом сероводорода и аммиака, состоящую из остова или кристаллического скелета, коллоидных фракций и грязевого раствора.

Структура грязелечебницы ФГБУ «ВС «Крым» МО РФ включает:

— Процедурный зал, для проведения общих и местных грязевых аппликаций — 15 кушеток, с пропускной способностью до 150 процедур в смену.

— Кабинет для проведения электрогрязевых процедур — 6 кушеток с пропускной способностью до 50 процедур в смену.

— Кабинет для проведения внутриполостных гинекологических тампонов 3 кабинки, пропускной способностью до 30 процедур в смену.

— Индивидуальные кабинеты для проведения ректальных тампонов — 6 с пропускной способностью до 60 процедур в смену.

— Кабинет для грязевых аппликаций на десны — 8 кабинок пропускной способностью до 80 процедур в смену.

Для проведения грязевых аппликаций используется очищенная, пакетированная, в целлофановых пакетах по 2 кг, подогретая до 42—45 °С в термостатах, готовая к употреблению иловая сульфидная грязь Сакского озера. Грязевые кушетки оборудованы системой подогрева рабочей поверхности до температу-

ры 40—42 °С. В кабинетах предусмотрены — раздевалка и душевая. Пол оборудован системой подогрева.

Учитывая показатели работы грязелечебного отделения ФТО №2 «ВС «Крым» МО РФ за период с 2015 по 2018 г. — из общего числа лечившихся — прошли грязелечение 14, 16,5, 17 и 25% соответственно по годам. Отмечается тенденция роста показателей отпущенных процедур, а соответственно и количества пациентов получавших грязевую процедуру. После проведенного анализа у 92% пациентов отмечалось стойкое улучшения клинических и лабораторных показателей, уменьшение болевого синдрома, переход заболевания в состояние ремиссии, которое сохранялось в течении 6—8 мес.

Можно с уверенностью говорить, что грязелечение один из наиболее эффективных природных методов санаторно-курортного лечения многих состояний и хронических воспалительных заболеваний, который максимально представлен в ФГБУ «ВС «Крым» МО РФ.

В перспективе на 2019 г. в отделении грязелечебницы установливаются две пароуглекислые ванны «аккервиль-комби», где возможно сочетанное применение лечение углекислым газом с локальными грязевыми аппликациями в основном на суставы и позвоночник, что позволит усилить терапевтический эффект при реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

* * *

ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА

Шаройко М.В.[1] (marina.scharoiko@yandex.ru; +7(925)186-9121), Бучнев С.С.[2] (buchnev_ss@rudn.university; +7(905)723-6080)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [2]Российский университет дружбы народов, Москва

Ремоделирование миокарда включает изменения формы, массы, диаметра и функции сердца в ответ на изменения гемодинамической нагрузки, повреждения сердца или нейрогуморальной стимуляции. Соревновательные виды спорта могут привести к выраженному ремоделированию миокарда, поэтому у спортсменов необходим кардиологический скрининг для выявления лиц с основными заболеваниями сердца. Адаптивное ремоделирование является следствием физиологических стимулов, таких как физическая активность. Неадаптивное ремоделирование является результатом патологических состояний, таких как ишемия миокарда и болезни клапанов сердца. Поскольку регулярные упражнения на выносливость могут привести к ремоделированию сердца, спортсменам рекомендуется проводить кардиологический скрининг для выявления лиц с кардиомиопатиями. Умеренная физическая активность является краеугольным камнем первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Во вторичной профилактике индивидуальные рекомендации по обучению должны быть адаптированы к основному заболеванию миокарда и отдельным факторам риска.

Экспериментальные и клинические исследования показывают, что умеренные тренировки оказывают кардиопротекторное действие и обратное ремоделирование. Тем не менее необходимы клинические и фундаментальные научные исследования, чтобы понять механизмы адаптивного и более эффективно использовать учебные вмешательства в качестве варианта лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

* * *

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ И ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И АТЛЕТОВ ИЗ ГРУППЫ РИСКА: БАЛАНС МЕЖДУ ПОЛЬЗОЙ И ВРЕДОМ

Шаройко М.В.[1] (marina.scharoiko@yandex.ru; +7(925)186-9121), Турова Е.А.[1] (aturova55@gmail.com; +7(916)971-5996), Бучнев С.С.[2] (buchnev_ss@rudn.university; +7(905)723-6080)

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [2]Российский университет дружбы народов, Москва

Физическая культура играет важную роль в первичной и вторичной профилактике многих заболеваний сердца, в том числе ишемической болезни сердца. Многочисленные исследования показали, что физические упражнения и спорт снижают риск сердечно-сосудистых заболеваний, а также то, что умеренные физические нагрузки полезны при хронической стабильной сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца и после сердечного приступа. Однако при некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы соревновательные виды спорта противопоказаны, в частности при миокардите, перикардите, при большинстве форм гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП), при правожелудочковой дисплазии и кардиомиопатии.

Согласно рекомендациям медицинских обществ, эти заболевания должны предполагаться путем предварительного скрининга, прежде чем человек сможет заниматься соревновательными видами спорта. Но интенсивность и качество этой диагностики зависят от вида спортивной деятельности, и от людей, которые хотят участвовать в спорте. Предварительный скрининг на индивидуальной основе следует обязательно проводить перед занятием спортом, особенно у людей, которые решили начать тренировки в среднем возрасте после нескольких лет физической активности, чтобы восстановить физическую форму. В любительских видах спорта инициатива по медицинскому осмотру в

первую очередь принадлежит «здоровому» человеку. Физические упражнения у пациентов с заболеваниями сердца должны сопровождаться регулярными медицинскими осмотрами. В большинстве программ реабилитации в Европе физическая активность и графики тренировок выполняются в соответствии с действующими рекомендациями.

Таким образом, перед началом спортивной деятельности должна быть проведена оценка индивидуального риска сердечно — сосудистых заболеваний и таким образом определены индивидуальные инструкции по тренировкам и упражнениям.

* * *

АДАПТАЦИОННЫЕ РЕЗЕРВЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СПОРТА

Шашлов С.В. (s.shashlov@mail.ru; +7(965)443-4486), Грузинцева Ю.П., Гозулов А.С.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

С целью определения информативности методик и разработки дифференцированных адресных оздоровительных программ для лиц, занимающихся физической культурой и спортом, проведено углубленное медицинское обследование (УМО) 84 юношей 12—14 лет, профессионально занимающихся плаванием (1-я группа, n=42), и группы спортсменов, занимающихся игровыми видами спорта (футболисты) (2-я группа, n=42). УМО проведено в соответствии с этапом физической подготовки согласно Приказу Минздрава России от 01.03.16 №134н «О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» и включало в себя: осмотр врачей-специалистов, антропометрические измерения, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, осциллометрию, эхокардиографическое исследование. Установлено, что наиболее информативными методиками изучения функционального состояния сердечно-сосудистой системы являются: анализ гемодинамических характеристик кровотока и проведение эхокардиографии. Определена высокая степень адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам у спортсменов, занимающихся циклическими видами спорта по сравнению со спортсменами, занимающимися игровыми видами спорта. Доказанное различие степени адаптации может быть использовано в дальнейшем при разработке адресных оздоровительных программ для спортсменов различных видов спорта.

* * *

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОК APUD-СИСТЕМЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЮКСТАГЛОМЕРУЛЯРНОГО АППАРАТА ПОЧЕК КРЫС ПРИ СОЧЕТАННОМ ПЕРОРАЛЬНОМ ПОСТУПЛЕНИИ СТРОНЦИЯ-90 И ВОЗДЕЙСТВИИ ВНЕШНЕГО ОБЛУЧЕНИЯ

Шашлов С.В[1], (s.shashlov@mail.ru; +7(965)443-4486), Гозулов А.С.[1], Пузырева Г.А.[2], Яковлев М.Ю.[2], Черенков С.А.[2]

[1]Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [2]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Экспериментально, используя гистологические, гистохимические методики и методы статистического анализа, исследовали клетки APUD-системы двенадцатиперстной кишки и юкстагломерулярного аппарата (ЮГА) почек крыс после сочетанного перорального поступления стронция-90 (Sr-90) и воздействия внешнего гамма-облучения в ранние сроки после облучения (1 Гр для внешнего облучения и 4-кратное пероральное введение в дозе 0,05 мКюри/г Sr-90 — в сумме 40 мКюри). Сопоставляя степень активации клеток ЮГА почек крыс 1-й (только пероральное введение Sr-90) и 2-й (внешнее гамма облучение и пероральное введение Sr-90) групп с радиоактивностью Sr-90 в их бедренных костях, установлено, что высокие величины ЮГ индекса совпадают со стабилизацией, а затем с падением накопления изотопа, тогда как низкие значения ЮГ индекса коррелируют с повышением накопления и снижением выведения радионуклида. Сравнивая полученные данные о радиоактивности Sr-90 бедренных костях и количеством апудоцитов крупных размеров двенадцатиперстной кишки животных 1-й и 2-й групп, можно отметить довольно устойчивую зависимость между исследованными параметрами. Чем выше радиоактивность Sr-90, тем больше число апудоцитов крупных размеров, а следовательно, и выше функциональная активность APUD-системы в целом и наоборот. Коэффициенты корреляции составляли r=0,71 (1-я группа) (p<0,05) и r=0,89 (2-я группа) (p<0,05) соответственно. Все изменения, выявленные в исследованных клетках периферической эндокринной системы, носят функциональный и «управляемый» характер. Путем целенаправленного воздействия различными медикаментозными и немедикаментозными средствами можно оказывать влияние на кинетику накопления и выведения Sr-90 из скелета организма.

* * *

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОК APUD-СИСТЕМЫ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПОЧЕК ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ФОРМЕ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Шашлов С.В.[1] (s.shashlov@mail.ru; +7(965)443-4486), Гозулов А.С.[1], Пузырева Г.А.[2], Яковлев М.Ю.[2]

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [2]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Экспериментально, используя гистологические, гистохимические и гистоферментохимические методики, установлено, что при облучении крыс в дозе 300 Гр в клетках APUD-системы, поджелудочной железы и эндокринной системы почек при церебральной форме острой лучевой болезни развиваются патологические изменения, которые можно квалифицировать как острую лучевую апудопатию, острый лучевой сахарный диабет, острый лучевой альтеративный панкреатит и острую лучевую ренальную дисфункцию. Повышение функциональной активности исследованных систем уже сразу после окончания воздействия приводит к выраженным расстройствам гемодинамики (венозное полнокровие внутренних органов, спазм артерий, нарушение микроциркуляции — стаз, сладж-феномен), а также формированию мелкоочаговых повреждений миокарда. В более поздние сроки сдвиги со стороны исследованных систем, реализуя свое влияние через нарушения со стороны водно-электролитного баланса и глюкозы крови, во многом предопределяют изменения по типу отек-набухание нейронов коры больших полушарий головного мозга крыс. Полученные экспериментальные данные о повышении функциональной активности клеток APUD-системы при облучении в сверхлетальных дозах, в значительной степени совпадают с таковыми и у лиц, погибших после аварии на Чернобыльской АЭС.

Таким образом, при терапии и медицинской реабилитации, пострадавших от поражений ионизирующей радиации представляется целесообразным учитывать и корригировать сдвиги, наблюдаемые со стороны клеток APUD-системы, поджелудочной железы и эндокринной системы почек.

* * *

ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ ПРИ ТРАВМАХ СПИННОГО МОЗГА

Шашлов С.В.[1] (s.shashlov@mail.ru; +7(965)443-4486), Пауков В.С.[2], Салтыков Б.Б.[2], Ермакова Н.Г.[2]

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [2]ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

Используя иммунологические, гистологические, электронномикроскопические и иммуноморфологические методики исследовали кровь, биопсийный и операционный материал, полученный от 36 пациентов обоего пола в возрасте от 19 до 37 лет, которые перенесли травму позвоночника с повреждением спинного мозга и развитием пролежней. Установлено, что у 80% пациентов в крови значительно повышается уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), изменяется концентрация иммуноглобулинов: A, M и G; во всех наблюдениях снижается хемотаксическая активность лейкоцитов, имеющая большое значение в механизмах элиминации ЦИК. В стенках сосудов грануляционной ткани пролежней отмечали фиксацию иммуноглобулинов G и A, что сочеталось с развитием чаще продуктивных, реже гнойных васкулитов, а также диффузных либо очаговых, преимущественно периваскулярных лимфоплазмоцитарных-макрофагальных инфильтратов. Это приводит к фиброзным изменениям интимы сосудов вплоть до облитерации их просветов, что сопровождается развитием гипоксии ткани, осложняющей репарацию пролежней. В большинстве пролежней, несмотря на их длительное существование — до 1,5 года, отмечали незрелый коллаген III типа — основной компонент грануляционной ткани, реже I типа, характерный для зрелой соединительной ткани. Ни в одном случае в базальной мембране эпидермиса не был выявлен коллаген IV типа, являющийся одним из ее важнейших структурных элементов, без которого не возможна полноценная эпителизация пролежней.

Таким образом, в морфогенезе пролежней существенную роль играют развивающиеся иммунопатологические реакции, обуславливающие хроническое течение процесса, что необходимо учитывать в комплексной патогенетической терапии пациентов с травматической болезнью спинного мозга.

* * *

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ РЯДА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шашлов С.В.[1] (s.shashlov@mail.ru; +7(965)443-4486), Пауков В.С.[2], Салтыков Б.Б.[2], Ермакова Н.Г.[2]

[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; [2]ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

Используя иммунологические, гистологические, электронномикроскопические и иммуноморфологические методики исследовали кровь, биопсийный и операционный материал, полученный от 98 пациентов обоего пола в возрасте от 16 до 82 лет, страдающих хроническими трофическими язвами, пролежнями, хроническим остеомиелитом, эпителиальными копчиковыми ходами, парапроктитами со свищевыми ходами. Установлены выраженные изменениями содержания в крови иммуноглобулинов A, M, G, повышение концентрации циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), падение хемотаксической активности нейтрофильных лейкоцитов. При иммуноморфологическом исследовании показано отложение ЦИК и иммуноглобулинов в стенках сосудов. Это сочетается с развитием продуктивных васкулитов, облитерацией и преждевременной редукцией сосудов, развитием гипоксии и нарушением метаболизма в тканях. Выявленные иммунные нарушения, которые можно охарактеризовать как вторичный иммунодефицит, обусловливают задержку созревания грануляционной ткани в очагах хронических воспалительных заболеваний, что приводит к нарушению нормального хода их репарации, в частности их эпителизации. Анализ полученных данных позволяет предполагать, что на определенном этапе развития ткани в области хронических дефектов приобретают свойства аутоантигенов и иммунопатологические реакции, по крайней мере, у части больных, носят характер аутоиммунных (следует отметить, что у 2 пациентов в крови были обнаружены антитела к коллагену собственной грануляционной ткани).

Таким образом, в комплексном лечении пациентов с указанными хроническими воспалительными заболеваниями необходимо применение корригирующей иммунотерапии, направленной на нормализацию показателей иммунного статуса.

* * *

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ПРИМЕРЕ САНАТОРИЯ «РАДУГА»

Шибзухова Л.А. (laulau27@mail.ru), Водахова В.А., Борукаева Л.А.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик; ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет им. О.Е. Кутафина (МГЮА)», Москва

В последнее десятилетие интерес к медицинскому менеджменту существенно возрос. Управление процессами санаторно-курортного лечения и реабилитации населения в секторе здравоохранения связаны с необходимостью экономической эффективности в условиях развивающегося рынка. Организационная система менеджмента санатория, должна быть построена таким образом, чтобы наиболее эффективно выполнять свои основные функции и обеспечить достижение поставленных целей. Качество предоставляемых услуг в санатории — это его репутация, гарантия конкурентоспособности и популярности.

Цель исследования — проведение анализа организационного менеджмента санатория «Радуга» и в разработке рекомендаций по совершенствованию менеджмента в данном учреждении.

В работе использовались следующие методы исследования: анализ научно-методической литературы, наблюдение, проектирование, опрос (анкетирование), синтез и обобщение.

В ходе изучения учредительных и нормативных документов, а также практического изучения организационно-экономических структур санатория было выявлено, что организационная структура санатория «Радуга» характеризуется распределением целей и задач управления между подразделениями и работниками организации. Организационная структура санатория является линейно-функциональной, так как функциональным руководителям предоставлено право непосредственного решения вопросов, отнесенных исключительно к их компетенции.

В связи с этим при такой структуре управления всю полноту власти берет на себя линейный руководитель, возглавляющий определенный коллектив. При разработке конкретных планов руководителю помогает специальный аппарат, состоящий из функциональных подразделений (медицинская часть, бухгалтерия, службы питания, размещения и регистрации, отделы эксплуатации и технические службы, отдел кадров). В данном случае функциональные структуры подразделения находятся в подчинении главного линейного руководителя. Главная задача линейных руководителей — координация действий функциональных служб и направление их в русло общих интересов санатория. Линейно-функциональная структура включает в себя специальные подразделения при линейных руководителях, которые помогают им выполнять задачи санатория. Свои решения они проводят в жизнь непосредственно че-

рез соответствующих руководителей этих служб. Проведя анализ организационного менеджмента санатория «Радуга» мы пришли к выводу о необходимости совершенствования организационной структуры предприятия путем создания отдела менеджмента качества, целенаправленно занимающегося повышением качества услуг, аудитом качества санатория, а также внедрением международных стандартов качества, что прямым образом способствовало бы росту популярности и заполняемости санатория.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИФЕНОЛЬНЫХ ПРОДУКТОВ ПЕРЕРАБОТКИ ВИНОГРАДА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Шрамко Ю.И. (yuliana.shramko@yandex.ru; +7(978)752-9673), Кубышкин А.В. (kubyshkin_av@mail.ru; +7(978)028-0111), Фомочкина И.И. (fomochkina_i@mail.ru; +7(978)731-6780,), Алиев Л.Л. (all.spitfire@mail.ru; +7(978)760-4935), Чегодарь Д.В. (dvcheg77@mail.ru; +7(978)808-4836), Огай Ю.А. (enoant@yandex.ru; +7(978)706-8085), Черноусова И.В. (enoant@yandex.ru; +7(978)706-8085), Таримов К.О. (yuliana.shramko@yandex.ru; +7(978)752-1529)

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь; ФГБУН Всероссийский НИИ виноградарства и виноделия «Магарач» РАН, Ялта

Одним из важнейших факторов, вызывающих оксидативный стресс, является абдоминальное ожирение и последующий метаболический синдром (МС). В последнее время возрастает интерес к использования продуктов натурального происхождения для коррекции оксидативного стресса представляется актуальным изучение применения полифенольных продуктов переработки винограда (ППВ) для разработки вариантов методов профилактики и терапии проявлений окислительного стресса.

Цель исследования — изучение особенностей антиоксидантных «профилей» при МС в эксперименте. Экспериментальные исследования по изучению биологических эффектов ППВ при МС проведены на 30 белых крысах-самцах, массой 180—200 г (возраст 10—12 нед) с использованием фруктозной модели метаболического синдрома. Животные всех групп получали в течение 12 нед стандартную пищу. Животные были разделены на три группы: 1-я контрольная получала питьевую воду; 2-я контрольная и 1-я экспериментальная группа — 2,5% раствор фруктозы в качестве питья. 1-я экспериментальная группа дополнительно получала препарат фэнокор (производство «ООО Рессфуд») с суммарным содержанием полифенолов 181,53 г/дм^3. У животных всех групп исследовали интенсивность свободнорадикального окисления липидов по концентрации активных продуктов тиобарбитуровой кислоты (ТБК-АП), антиокислительный потенциал — по пероксидазной (ПА) и каталазной активности. Также проводили оценку концентрации церулоплазмина (ЦП) и супероксиддисмутазы, определяли активность ферментов протеолиза и их ингибиторов — трипсиноподобную, эластазоподобную активность, активность α-1-антитрипсина и кислотостабильных ингибиторов.

Особенностью реакции антиоксидантной системы при МС был, прежде всего, рост уровня ЦП и увеличение содержания ТБК-активных продуктов. Наблюдалась выраженная активация перекисного окисления липидов, сопровождавшаяся снижением пероксидазной активности более чем в 5 раз. Последнее, вместе со снижением супероксиддисмутазы и резким снижением соотношения ПА/ТБК-А (2,3 в сравнении с 16,6 в норме) и повышением соотношения ЦП/ПА (3,17 в сравнении с 0,62 в норме) свидетельствовало о срыве антиокислительного потенциала. Также, по-видимому, активные формы кислорода способствуют снижению протеазной и антипротеазной активности (ТПА в 2 раза, а ЭПА и активности α-1-антитрипсина-в 3 раза по сравнению с контрольной группой (p<0,05) при сохранной активности КСИ), что отражает повреждающую роль системной воспалительной реакции и оксидативного стресса. Коррекция МС при помощи препарата фэнокор привела к повышению уровня пероксидазной активности (соотношение ПА/ТБК 4,8, что в 2 раза выше такового при МС). Соотношение ЦП/ПА составляло 0,86, лишь незначительно превышая норму. Концентрация супероксиддисмутазы — важнейшего антиоксиданта цитозоля клеток — находилась в пределах нормы, так же как и уровень КСИ.

Таким образом, нормализация отношений ПА/ТБК и ЦП/ПА при применении препарата фэнокор с высоким содержанием полифенолов позволяет использовать ППВ для коррекции антиоксидантного статуса при МС.

* * *

ОПРОСНИК «СИБИРЬ» ДЛЯ ОЦЕНКИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА КЛИМАТО- И БАЛЬНЕОТЕРАПИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Шумасова Ф.К.[2], Ерохин А.Н.[1], Шишина Е.В.[1,2], Туровинина Е.Ф.[1] (shumasova@sibircentr.ru; тел. 8-922-000-22-50/факс +7 (3452) 687-017)

[1]ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия
[2]АО «Центр восстановительной медицины и реабилитации «Сибирь», Тюменская область, Россия

Актуальность: Один из важных санаторно-курортных факторов как термальная минеральная

вода является ценнейшим гидроминеральным ресурсом Западной Сибири. Широкое распространение на данной территории хлоридных натриевых вод, содержащих в разной степени биологически активные микроэлементы как Йод, Бром, Кремний, Бор позволяет активно оздоравливать население в самом регионе, а также использовать этот фактор лечения в рамках медицинского туризма.

Бальнеотерапевтические методы воздействуют на адаптивные механизмы организма в целом, поэтому при назначении комплекса санаторно-курортных методик важно оценить уровень здоровья пациента, спектр всех его заболеваний (полиморбидность), учесть показания и противопоказания к выбранным процедурам, определить толерантность к назначенным нагрузкам. Не менее значимо по окончанию курса лечения повторно протестировать функциональное состояние пациента, что позволит оценить эффективность проведенного лечения, дать индивидуальные рекомендации по ЗОЖ, а при повторном посещении санатория сравнить функциональное состояние пациента в динамике.

Простым и доступным методом, позволяющим оценить самочувствие, уровень здоровья и психоэмоциональный статус пациентов является проведение тестирования, который также поможет заострить внимание пациента к своему здоровью и мотивировать его к участию в профилактике и лечении.

В настоящее время существует множество опросников (шкал) различного уровня сложности, представленных в компьютеризированном виде и на бумажных носителях, которые предназначены для количественной оценки функционального состояния систем органов и целостного организма человека. Вместе с тем, в практическом здравоохранении возникла потребность в комплексном опроснике, который с учетом специфики санаторно-курортных условий позволит количественно оценить проведенное лечение, сформировать компьютерную базу данных и проанализировать динамику функционального состояния пациента при многократных посещениях санатория.

Цель исследования: Разработать, определить уровень валидности и внедрить комплексный опросник для количественной оценки функционального состояния пациентов, проходящих курс климато- и бальнеотерапии в санаторно-курортных условиях.

Материал и методы исследования: Исследование выполнено на клинической базе АО «ЦВМиР «Сибирь» Тюменской области, который является бальнеогрязевым круглогодичным климатическим курортом равнинной лесной зоны. По расположению (56°57'26" с. ш.) территория санатория относится к регионам России с щадяще-тренирующим режимом воздействия климата на организм человека и по 3-х бальной шкале оценки среднегодового биоклиматического потенциала имеет в своем активе 2,4 балла. В исследовании приняли участие 60 пациентов, из них 38 женского и 22 мужского пола в возрасте от 22 до 74 лет (средний возраст составил 53,2±13,2лет), которые прибыли в санаторий из разных климатических регионов географических широт - от Салехарда (66° 31’ 80 с. ш.) и до Челябинска (55° 9’ 24 с. ш.). Критерии включения: наличие добровольного информированного согласия, лица I и II зрелого возраста, пожилые (возрастная периодизация от 1965г., Москва, Всесоюзная VII конференция по проблемам возрастной морфологии), прибывшие на санаторно-курортное лечение, практически здоровые или имеющие компенсированные хронические заболевания, без проявлений клинико-лабораторных изменений и клинических симптомов обострения и декомпенсации, выявленные при клиническом осмотре и психологическом тестировании. Критерии исключения: декомпенсированные соматические заболевания, психические нарушения, острые воспалительные заболевания, онкологические заболевания, беременные, профессиональные спортсмены, возраст — младше 21 года для женщин и 22 лет для мужчин, а также старше 74 лет.

Все пациенты в течение 14 дней пребывания в санатории проходили курсы климатотерапии равнинной лесной зоны в виде прогулок и терренкура (комплекс аэроионотерапии и ландшафтотерапии) не менее 2-3 раз в день по 0,5 - 1,5 часов в щадяще-тренирующем и тренирующем двигательных режимах в зависимости от вегетативного статуса. Также все исследуемые получали бальнеотерапию в виде купания в бассейне с минеральной водой (t от +29 — до +30 °С) в закрытом помещении и открытого (вне помещения) термального бассейна (t от +37 до +38 °С) с чередованием отдыха и общим временем пребывания на процедуре около 60 мин. Для бальнеотерапии использовали подземные воды скважины №13 Б — источник хлоридной натриевой воды для наружного применения (пятая группа бальнеологических вод; подгруппа 5.6; Тюменский тип) с общей минерализацией 10,6 г/дм^3, с биологически активными компонентами, не достигающими бальнеологической значимой нормы - бромом, йодом, бором и кремнием. Всем пациентам предлагали заполнить тесты-опросники оценки качества жизни «SF-36 HealthStatusSurvey», тест «САН» (самочувствие, активность, настроение), вопросник Вейна и разработанный нами опросник для санаторно-курортных учреждений «Сибирь». Тестирование проводили в первый день поступления в санаторий (входной этап) и в последний день перед окончанием пребывания в санатории (заключительный этап). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica Basic 13.3 for Windows Ru

Результаты и их обсуждение: Разработанный нами опросник «Сибирь» состоит из 6 шкал, 4 из ко-

торых, оценивают состояние пациента за последние 12 -14 дней, а две дополнительные шкалы помогают выявить искренность ответов и удовлетворенность пациента пребыванием в санатории. В четырех шкалах варианты ответов на вопросы сформулированы в различной частотной модальности и имеют разную бальную оценку в зависимости от частоты проявления исследуемого состояния. При обработке опросника количество баллов суммируется в пределах каждой шкалы отдельно. В шкалу «Искренность» включены восемь вопросов, часто используемых во многих психологических тестах для оценки правдивости при ответах. Шкала «СКЛ (санаторно-курортное лечение)» имеет два разных варианта вопросов – для первичного опроса и заключительного, что позволяет определить, как уровень удовлетворенности пациента, так и степень его потребности в санаторно-курортном лечении.

Для определения степени валидности опросника «Сибирь» нами был проведен сравнительный анализ результатов тестирования с данными аналогичных шкал уже известных тестов и опросников. Так, при сравнении показателя теста САН «самочувствие» в день прибытия в санаторий и через 14 дней пребывания было выявлено статистически значимое повышение — 52,0±8,5 (среднее± стандартное отклонение) балла (53 — медиана; 31 — минимум; 65 — максимум) и 58,3±7,2 балла (60;31;60); критерий Вилкоксона; n=60; p=0,000004. Аналогичное сравнение показателя «самочувствие» по шкале разработанного нами опросника «Сибирь» также выявило статистически значимое повышение - 13,3±4,3 балла (14;5;24) и 18,8±4,1 балла (19;10;24); критерий Вилкоксона n=60; p=0,000000. Выявленная динамика показателей как в тесте САН, так и в тесте «Сибирь» свидетельствует о достаточно высоком уровне валидности шкалы «самочувствие». Сходность в отражении показателя «самочувствие» испытанного и надежного теста САН и опросника «Сибирь» подтверждает статистически значимый высокий положительный уровень корреляции между двумя выборками – r=0,66; p=0,00000 в первый день приезда в санаторий и перед отбытием — r=0,54; p=0,000026; коэффициент Спирмена; n=60.

При сравнении показателя теста SF-36 «активность» в день прибытия в санаторий и через 14 дней пребывания отмечалось статистически значимое повышение 59,7±16,6 балла (65;25;65) и 77,8±16,3 балла (80;30;100); критерий Вилкоксона; n=60; p=0,000000. Сравнение показателя «активность» по шкале разработанного нами опросника «Сибирь» в аналогичные сроки также показало положительную динамику с высоким уровнем статистической значимости – 15,2±4,9 балла (15;3;24) и 19,3±3,9 балла (20;9;24); критерий Вилкоксона n=60; p=0,000004. Сходность в отражении показателя «активность» испытанного и надежного теста SF-36 и опросника «Сибирь» подтверждает статистически значимый умеренный положительный уровень корреляции между двумя выборками – r=0,46; p=0,00057 в первый день приезда в санаторий и перед отбытием — r=0,55; p=0,00002; коэффициент Спирмена; n=60.

При сравнении показателя теста САН «настроение» в день прибытия и через 14 дней пребывания в санатории было выявлено статистически значимое различие – 55,7±9,5 балла (56;33;70) и 60,6±9,1 балла (62;28;70); критерий Вилкоксона; n=60; p=0,000033. Аналогичное сравнение показателя «настроение» по шкале разработанного нами опросника «Сибирь» также отметило положительную динамику с более высоким уровнем статистической значимости – 19,7±5,7 балла (20;8;32) и 26,7±4,7 балла (27;14;32); критерий Вилкоксона; n=60; p=0,000000. Сходность в отражении показателя «настроение» испытанного и надежного теста САН и опросника «Сибирь» подтверждает статистически значимый высокий положительный уровень корреляции между двумя выборками – r=0,70; p=0,00000 в первый день приезда в санаторий и перед отбытием - r=0,65; p=0,000000; коэффициент Спирмена; n=60.

При сравнении оценки уровня дисфункции вегетативной нервной системы по вопроснику Вейна в день прибытия в санаторий и через 14 дней было определено, что показатель статистически значимо снизился с 24,5±13,5 балла (21;0;54) до 17,2±13,5 балла (14;0;53); критерий Вилкоксона; n=60; p=0,000000. Сравнение аналогичного показателя по шкале разработанного нами опросника «Сибирь» также показало статистически значимое снижение уровня дисфункции ВНС с 8,9±6,5 балла (9;0;30) до 4,4±4,6 балла (3;0;15); критерий Вилкоксона; n=60; p=0,000001. Сходность в отражении уровня дисфункции испытанного и надежного вопросника Вейна и опросника «Сибирь» подтверждает статистически значимый высокий положительный уровень корреляции между двумя выборками – r=0,68; p=0,00000 в первый день приезда в санаторий и перед отбытием — r=0,64; p=0,000000; коэффициент Спирмена; n=60.

Заключение: Проведенное исследование показало, что шкалы разработанного нами опросника «Сибирь» адекватно и надежно отражают такие параметры функционального состояния пациента, как «самочувствие», «активность», «настроение». Кроме того, оценка уровня дисфункции вегетативной нервной системы посредством шкалы опросника «Сибирь», аналогичной вопроснику Вейна также обеспечивает получение достоверной информации. Таким образом, применение разработанного нами опросника «Сибирь» в системе санаторно-курортного лечения позволит повысить уровень персонификации оздоровительных процедур и предоставит возможность разработки автоматизированного ме-

ста врача с использованием компьютерной обработки информации.

* * *

МИКРОСФЕРОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Шураева Е.В., Зеленцова Т.И. (alsariya@mail.ru; +7(4862)44-4344)

ООО «Альсария», Орел

Цель исследования — создание релаксационно-реабилитационной методики с максимально широкими возможностями применения как для пациентов с высокой степенью коморбидности, так и для практически здоровых лиц, настроенных на длительное сохранение работоспособности и психофизиологического благополучия.

В последнее десятилетие в отечественном санаторно-профилактическом лечении появился новый термин: «микросферотерапия». Это методика, основанная на комплексном воздействии физических факторов, создаваемых медицинскими изделиями с наполнителем из микросфер. Микросферы — мельчайшие полые шарики, изготовленные из особого вида стекла и полнотелые стеклянные микрошарики с кремнийорганическим покрытием, создающим бактерицидную щелочную среду. Эти микрошарики более 30 лет используются в противоожоговых кроватях и кроватях для реабилитации новорожденных.

Для подушек и матрасов с микросферами в первую очередь основным эффектом является эффект сухой иммерсии. Микросферы, находящиеся в изделиях, ведут себя как жидкость высокой плотности, создавая при помещении на них эффект «сухого плавания». При этом снижается действие сил гравитации, что способствует уменьшению деформации клеток, органов и тканей, снижению гидростатического давления крови, снятию нагрузки с костно-мышечной системы.

В «сухой» иммерсии человек попадает зону отдыха, что приводит к выбросу в кровь большого количества эндорфинов, уменьшению хронических болей, снижению синдрома хронического утомлении, устранению стресса.

Пребывание в иммерсионной среде способствует улучшению кровообращения, за счет выраженного снижения общего периферического сопротивления сосудов.

Микросферы обладают интересными отражающими свойствами в отношении инфракрасного излучения организма человека. Полезное инфракрасное излучение аккумулируется в микросферах и отражается назад в неизменном виде и с очень узким углом отражения. При воздействии на организм человека инфракрасной энергии с длиной волны 9,6 мкм имеет место явление активного поглощения телом внешней энергии — так называемое резонансное поглощение

За счет этого происходит процесс повышения температуры кожных покровов на 1—2°. Это вызывает местные термоизоляционные реакции, увеличение циркулирующей в тканях крови, увеличение локального кровотока, ускорение тканевого обмена.

Эти эффекты в совокупности создают целый ряд физиологических изменений в организме, одним из важнейших которым является улучшение капиллярного кровотока в органах и тканях, что показано в работах ученых лаборатории Биофотоники ОГУ (Орел) по исследованию возможностей лазерной доплеровской флоуметрии.

Методика рекомендована гл. физиотерапевтом МЗ Администрации Санкт-Петербурга проф. В.В. Кирьяновой.

Вывод. Минимум противопоказаний делает методику незаменимой у пациентов с наличием противопоказаний к другим методам физиотерапии. А комплексность психофизиологического воздействия позволяет использовать в программах «Антистресс», «Омоложение», «Биохакинг», «Стройность» и т.п.

* * *

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Энгель Л.К.

АО Санаторий «Анапа-Океан», город-курорт Анапа

Цель исследования — повышение эффективности комплексного лечения эндокринологической патологии в санаторно-курортных условиях на базе санатория психосоматики «Анапа-Океан». В современной жизни рациональное ведение пациентов с заболеваниями эндокринной системы в условиях санаторно-курортного лечения помимо стандартов физиотерапевтического сопровождения заключается в комплексном подходе, который состоит из совместной работы нескольких специалистов: эндокринолога, клинического психолога и психотерапевта.

Материал и методы. Проанализированы результаты эффективности психосоматического подхода в лечении заболеваний эндокринологического профиля на примере 19 пациентов в возрасте от 25 до 68 лет, проходивших санаторно-курортное лечение в санатории психосоматики «Анапа-Океан» в течение 14 дней. Из них 7 пациентов с нарушением пищевого поведения, сформировавшего ожирение, и 12 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. В нашем санатории психосоматики используются: методы патопсихологического исследования, когнитивно-поведенческой терапии, групповой психотерапии, арт-терапии, синема-терапии, психоррекцион-

ные занятия в виде — аутогенных тренировок, гимнастики мозга и сеансов мышечной релаксации по Джекобсону.

Результаты. Оценка ближайших результатов проводилась через 6 нед, а ретроспективных через 6 мес после курса лечения. Во всех наблюдаемых нами случаях были выявлены клинически значимые улучшения состояния, выражаемые в процентном соотношении от 35 до 82% эффективности. Комплексный подход к лечению эндокринологической патологии дает стабильный и длительный результат снижения веса, контролируемую нормализацию гликемии, выравнивание эмоционального фона, улучшение когнитивных показателей.

Заключение. Комплексный подход к проблемам наших пациентов дает наилучший результат за счет видения данной проблемы в призме психосоматики, и с дружественной работы врача-эндокринолога, клинического психолога и психотерапевта. Важно отметить необходимость комплексного психосоматического подхода к ведению пациентов с ожирением и сахарным диабетом в период санаторно-курортного лечения и дальнейшее их сопровождение психотерапевтом.

* * *

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОВЫШЕННОЙ МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Яковлев М.Ю.[1] (masdat@mail.ru; +7(915)106-1754), Шашлов С.В.[2] (s.shashlov@mail.ru; +7(965)443-4486), Гозулов А.С.[2]

[1]ФГБУ «ЦСП» Минздрава России, Москва; [2]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Проблема профилактики метеозависимых заболеваний и их осложнений является чрезвычайно актуальной для Московского региона, где климат характеризуется частой контрастной сменой погодного режима, сочетанием неблагоприятных климатических условий, как минимум дважды в году (зимой и летом), частым формированием совокупных биотропных погодных условий, что влияет на состояние здоровья лиц с повышенной метеочувствительностью, страдающих болезнями системы кровообращения (метеочувствительны около 80—82%), бронхолегочными заболеваниями (метеочувствительны 60—64%), заболеваниями опорно-двигательной системы (72—74%), психоэмоциональными нарушениями (82—84%). Проведено обследование 168 пациентов с болезнями системы кровообращения, проходивших санаторно-курортное лечение в санатории «Аксаковские Зори». У 160 из 168 человек (95%) отмечали влияние погодных факторов на их психофизиологическое состояние. В большинстве случаев (76,8%, 129 человек) метеозависимость проявлялась в виде общего ухудшения самочувствия пациентов. Вместе с тем влияние погодных условий на активность и на настроение пациентов отмечалось достоверно реже: в 58,3% (98 человек) и в 57,7% (97 человек) ($p<0,05$; по Z-критерию). При клиническом обследовании наиболее частыми признаками проявления метеочувствительности были следующие: повышение АД — 67,8% (114 человек), головная боль — 41,6% (70 человек), нарушение сна — 47% (79 человек), боли в суставах и мышцах — 43,4% (73 человека). Полученные результаты позволили подтвердить перспективу создания математической модели развития повышенной метеочувствительности на воздействие неблагоприятных метеофакторов, с последующим формированием рекомендаций по ее применению в персонализированных программах санаторно-курортного лечения метеозависимых пациентов, с обязательным применением физиотерапевтических технологий.

* * *