Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова

Медицинская Лига РОССИИ

Всероссийская
научно-практическая
междисциплинарная конференция
с международным участием

«РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА–2014»

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

16–17 ОКТЯБРЯ 2014 ГОДА

МОСКВА

Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
Москва 2014

УДК 616.8
ББК 56.12
Р31

Р31 Реабилитация и профилактика-2014 // Сборник материалов научной конференции. – М.: Издательство Первого московского государственного университета имени И.М. Сеченова. – 2014. – 234 с/

Все материалы в сборнике приведены в авторской редакции.
Издание сборника при поддержке РФФИ.

© ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, 2014
© Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ ОЖИДАНИЙ ОТ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ, ТРЕВОЖНЫМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ - 13 -
В.А. Агарков, С.А. Бронфман, Л.М. Кудаева
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НОВЫХ ФОРМ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В ШКОЛАХ И ДЕТСКИХ САДАХ - 13 -
А.Н. Айвазов
ХРОНИЧЕСКИЙ ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ СТАЗ У ДЕТЕЙ. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКУ - 14 -
Х.А. Акилов, Ф.Х. Саидов
ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ У ШКОЛЬНИКОВ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ - 15 -
В.И. Акиньшин, В.А. Музыка
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КРИТЕРИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ И ИХ РОЛЬ В АНАЛИЗЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ - 16 -
Ш.Б. Акыева
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ - 16 -
М.Х. Аль-Замиль, С.А. Божко, Л.М. Кудаева
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ - 17 -
М.Х. Аль-Замиль, С.А. Божко, Л.М. Кудаева
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МОТОРНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА - 18 -
М.Х. Аль-Замиль, С.А. Божко, Л.М. Кудаева
ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗАХ - 19 -
М.К. Альмухамбетов, Э.Ф. Альмухамбетова
ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ - 19 -
Э.Ф. Альмухамбетова, М.К. Альмухамбетов
ТЕРАПИЯ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ - 20 -
М.К. Альмухамбетов, Э.Ф. Альмухамбетова
НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СИФИЛИСА - 21 -
С.В. Андреев, Н.П. Сетко, Л.Г. Воронина
ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА А.Н. СТРЕЛЬНИКОВОЙ – МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ - 21 -
И.М. Анохин, М.Н. Щетинин, А.Е. Северин
НАРУШЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ - 22 -
К.Ш. Амренова, М.Ж. Еспенбетова, Т.М. Беляева, Ш.Ш. Амренова
ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОК СЕВЕРНОГО МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В РАЗНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА - 23 -
Л.Р. Ахмадулина, М.Ф. Жеманой, А.А. Попова
КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОЗВОНОЧНИКА С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА «ГРАВИСЛАЙДЕР-СПОРТ» КАК ФАКТОРА ПРОФИЛАКТИКИ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА - 24 -
К.Ш. Ахмерова, Ю.В. Матюнина, А.В. Фадеев
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА СПОРТСМЕНОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА «ГРАВИСЛАЙДЕР-СПОРТ» КАК ФАКТОРА ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СПОРТЕ - 27 -
К.Ш. Ахмерова, Ю.В. Матюнина, А.В. Фадеев
ИННОВАЦИОННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА - 28 -
К.Ш. Ахмерова, Ю.В. Матюнина, А.В. Фадеев
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ III КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА - 29 -
Н.К. Ахметова, Р.Н. Жамирова, А.К. Серикбаева
ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С РАЗНЫМ ОСНОВНЫМ ОБМЕНОМ ЭНЕРГИИ КАК УРОВЕНЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ - 29 -
В.В. Бабий, Р.М. Дубовой
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ВЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ - 30 -
В.В. Бабий, С.В. Почтовая, Г.П. Никулина
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ - 30 -
В.В. Бабий, Л.П. Казакова
СВЯЗЬ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА С ХАРАКТЕРОМ ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ - 32 -
Т.Б. Баклаева, Т.Н. Василькова, Ю.А. Рыбина
К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В НАРКОЛОГИИ - 33 -
Л.В. Барабанова

АЛИМЕНТАРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МОЗГА - 34 -
Н.Л. Бацукова, А.Р. Сидорович, Е.В. Ковзель
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГОТОВНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ К ИНТЕНСИВНЫМ ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РЕГУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СИНУСОВОГО УЗЛА, АКТИВНО ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ - 36 -
Л.М. Беляева, Н.А. Скуратова, Н.В. Микульчик, И.Д. Чижевская, С.С. Ивкина
МЕТОД ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИТОПРЕПАРАТОВ - 37 -
Т.М. Беляева, А.В. Зонов, К.Ш. Амренова, Т.И. Терехова, Н.С. Зготова
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ ВОПРОСОВ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ - 37 -
Н.Д. Бобрищева-Пушкина, Л.Ю. Кузнецова, О.Л. Попова, А.А. Силаев
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОЧИСТКИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В БЫТОВЫХ УСЛОВИЯХ - 38 -
М.В. Богданов
ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ - 39 -
С.А. Божко, Т.Ф. Шерина
МЕТОДЫ НЕЛЕКАРСТВЕННОЙ КОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ - 39 -
С.А. Божко, Т.Ф. Шерина
ВЛИЯНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКИ НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ МИТОХОНДРИЙ ЛЕГКИХ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИХ ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ - 45 -
Т.В. Болгова, Е.В. Розова, В.И. Носарь, И.Н. Маньковская
АМПЛИТУДНО-ФАЗОВЫЕ СПЕКТРАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО СИГНАЛА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА - 47 -
А.М. Большаков, В.Н. Крутько, В.В. Пырву
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОНТЕКСТЕ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ - 47 -
Т.С. Борисова, Н.А. Болдина, М.М. Солтан, Ж.П. Лабодаева
ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА ФИЗИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА ЛИЦ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА - 48 -
О.Я. Брежнева, О.А. Цой, С.А. Мозговой, Д.Е. Егорова, В.А. Зацепин
ОЦЕНКА СТАТУСА ПИТАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ НА ФОНЕ НЕДОСТАТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ВИТАМИНОВ В2 И РР - 49 -
Т.Н. Валаханович, Т.С. Борисова
КЛАССИФИКАЦИОННАЯ НОМЕНКЛАТУРА КОМПЛЕМЕНТАРНОЙ МЕДИЦИНЫ - 49 -
А.М. Василенко
ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ГИПОКСИИ И НЕКОНВЕНЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ СОЧЕТАННОЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ - 50 -
Т.Н. Василькова, Ю.А. Рыбина
mHEALTH КАК СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ (НА ПРИМЕРЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА) - 51 -
А.В. Владзимирский, П.П. Кузнецов, А.Н. Подгребельный
ТЕЛЕРЕАБИЛИТАЦИЯ: ПРИНЦИПЫ, СИСТЕМЫ, ЭКСПЛУАТАЦИЯ - 52 -
А.В. Владзимирский, П.П. Кузнецов
ОЦЕНКА ОСМОТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ПОЖАРНЫХ ФПС МЧС ПО ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ - 54 -
Н.Ю.Власенко, И.И.Макарова, А.В.Аксенова
ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ - 55 -
Н.В.Власова
НОВАЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА, СПОСОБСТВУЮЩАЯ ВОССТАНОВЛЕНИЮ ХРЯЩЕВОЙ ТКАНИ СУСТАВА. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ - 56 -
Е.Е. Волков, С.Э. Ностаева
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА - 56 -
О.Ф. Гаврилова
ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК, ПЕРЕНЕСШИХ АДНЕКСЭКТОМИЮ - 57 -
О.И. Гармаш, Т.Н. Тихончук, О.Е. Витринская, Н.В. Ющенко
ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И ПРОТЕАЗНО-ИНГИБИТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ - 57 -
О.И. Гармаш, Л.Л. Алиев, О.Е. Витринская, Т.Б. Яваева, Н.В. Ющенко
ПРОГРАММЫ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА - 58 -
А.Н. Герасимов
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СОЦИАЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ СТАЦИОНАРНОГО ТИПА - 59 -
С.Е. Глова, Л.В. Бучукури, С.В. Шлык
ВОЗМОЖНОСТИ МЯГКОТКАНЕВОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ - 59 -
Е.В. Глухова
ОБ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ И ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ СЛУЧАЯ РОЗЛИВА РТУТИ - 61 -

В.Н. Голдобин
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ - 62 -
Г.А. Гончарова
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА САМОРЕГУЛЯЦИИ ЛЕТЧИКОВ С ПОМОЩЬЮ БИОУПРАВЛЕНИЯ - 62 -
А.Д. Грибанов
ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ - 63 -
Л.А. Гридин, С.В. Морозова, Л.Э. Шемпелева
ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ. ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ - 64 -
Л.А. Гридин, А.Ю. Ижванова, А.В. Фадеев
ПРИМЕНЕНИЕ АНДРАГОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ОБУЧЕНИЮ ВРАЧЕЙ НА КАФЕДРЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ - 65 -
Л.А. Гридин, А.М. Орел
ЗАВИСИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ НОВОЙ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ ОТ ФАКТОРА ОБУЧЕНИЯ - 66 -
А.Л. Гусева, О.В. Кубряк, С.Д. Чистов
МЕЗОАКУПУНКТУРА С НЕЙРОМИДИНОМ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕЙРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА - 67 -
С.Г. Гусейнова, С.С. Имамвердиева, Ф.И. Исмаил-заде
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ ФИТОТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ - 67 -
Т.А. Давиденко
НЕЙРОКОМПЬЮТЕРНЫЙ ИНТЕРФЕЙС В ПОДАВЛЕНИИ БОЛЕЗНЕННОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ОПЬЯНЕНИЮ - 68 -
И.Д. Даренский, А.М. Баринов
ПРИНЦИП ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ - 68 -
Л.А. Деева
СРАВНЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ И КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС - 69 -
Д.В. Дедов, В.П. Мазаев, С.В. Рязанова, И.Ю. Евтюхин
ТРЕНИРОВКА МЫШЦ ТАЗА ПОД КОНТРОЛЕМ БОС У ПАЦИЕНТОВ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ - 69 -
Ю.Л. Демидко, А.З. Винаров, Л.М. Рапопорт, В.А. Григорян, С.А. Мянник
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕНИРОВКИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПОД КОНТРОЛЕМ БОС ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У МУЖЧИН - 70 -
Ю.Л. Демидко, А.З. Винаров, М.А. Газимиев, Ю.М. Есилевский, А.М. Байдувалиев
ДЕЗИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА В КОНТЕКСТЕ ГЕММОТЕРАПИИ (ФИТОЭМБРИОТЕРАПИИ) - 71 -
Ю.Д.Любовь
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ - 72 -
Л.Ю. Долинина, А.Н. Делиева
ЛЕЧЕНИЕ ЛАКТОСТАЗА ПРИ ПОМОЩИ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО МЕТОДА - 73 -
Т.А. Домарева
РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕИМУЩЕСТВ ОБРАБОТКИ ТЕКСТОВЫХ ДАННЫХ С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММЫ SPSS НА ЭТАПЕ ВВОДА И ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ ДАННЫХ - 73 -
И.И. Друговская, В.А. Подольский, Д.Б. Кондратьев, В.М. Иванюгин, А.В. Смоленский
АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРОГРАММ MICROSOFT EXCEL И SPSS В РОЛИ СТАТИСТИЧЕСКИХ БАЗ ДАННЫХ ДЛЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ЭТАПЕ ВВОДА И ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ ДАННЫХ - 74 -
И.И. Друговская, В.А. Подольский, Д.Б. Кондратьев, С.В. Маляренко, Л.Р. Сабитова
ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ДЛЯ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ С ОБРАТНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СВЯЗЬЮ В УСЛОВИЯХ ИММОБИЛИЗАЦИИ КОНЕЧНОСТИ - 74 -
Г.М. Дубровин, П.В. Ковалев, Н.П. Демченко, А.С. Биляк
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМАУ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ - 75 -
А.А. Дюсупова, М.Д. Байтубаева, В.Т. Ахметова
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН - 76 -
Б.Б. Дюсупова, А.А. Дюсупова
ЛЕЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ РЕСУРСОВ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА В ОФТАЛЬМОЛОГИИ - 76 -
В.В. Егоров, Г.П. Смолякова, Т.И. Гохуа
МАГНИТОЛАЗЕРОФОРЕЗ ДЕРИНАТА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОТЕКОВ РОГОВИЦЫ - 77 -
В.В. Егоров, Г.П. Смолякова, Т.И. Гохуа, Т.В. Борисова, М.В. Евстифеев
РОЛЬ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В ГЕНЕЗЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА - 78 -
Ю.Ю. Елисеев, М.И. Белоусов
ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛОР-ОГРАНОВ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА - 78 -
М.А. Елисеева
ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ - 79 -

ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Л.В. Елисеева, В.Г. Кузнецов
САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА - 82 -
Л.В. Елисеева
ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ - 83 -
Ю.В. Елисеева
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРОСТАТОПАТИЕЙ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ПРОЦЕДУР ИМПУЛЬСНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРОСТАТЫ - 83 -
Ю.М. Есилевский
МЕСТО БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ ВИРИЛИС В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ - 84 -
Ю.М. Есилевский
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОСЕТЕЙ В ЭНДОЭКОЛОГИИ - 85 -
В.М. Еськов, А.А. Хадарцев, О.Е. Филатова, В.В. Еськов
ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ГОРОДА ЧЕБОКСАРЫ - 86 -
Н.Х. Жамлиханов, З.А. Григорьева, Г.Д. Сугутская
ПЕРСПЕКТИВЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ОЦЕНКИ УРОВНЯ КРОВОСНАБЖЕНИЯ МИОКАРДА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ - 87 -
Т.С. Жарикова
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ - 88 -
А.И. Зарянкина, Л.В. Кривицкая
ЛЕЧЕБНЫЕ ЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ - 89 -
В.Г. Зилов
ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПО СЛУХУ «Я СЛЫШУ МИР» - 89 -
О.В. Зонтова
ПРАКТИКА РАБОТЫ И ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ УНИВЕРСИТЕТСКОГО САНАТОРИЯ-ПРОФИЛАКТОРИЯ - 90 -
О.М. Зубова, В.В. Розанов, В.Т. Карташов
НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ СЕАНСОВ БИОУПРАВЛЕНИЯ С ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ ПО КАРДИОРИТМУ - 91 -
Н.Г. Зуева, А.В. Белов
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ - 91 -
Т.Р. Зулькарнаев, А.И. Агафонов, Е.А. Поварго, А.Т. Зулькарнаева
ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА - 93 -
Т.Р. Зулькарнаев, Е.А. Поварго, А.И. Лукманова, А.И. Агафонов, А.Т. Зулькарнаева
ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЭГ-БОС-ТЕРАПИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ - 94 -
О.И. Иващенко, В.Л. Минутко
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА - 95 -
Е.П. Измайлов, Д.Г. Богуславский, И.П. Буханов, О.Ю. Аршлутова
САКРАЛЬНАЯ АРОМАТЕРАПИЯ И ЛИТО-АРОМАТЕРАПИЯ КАК МЕТОДЫ СИСТЕМНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ - 96 -
Д.Е. Ирисов
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АРОМАТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА. АРОМАДИАГНОСТИКА - 97 -
О.А. Ирисова
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО Г.СЕМЕЙ - 100 -
Д.Б. Искакова, Г.Ж. Кайлюбаева
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ - 101 -
А.Г. Истомин, Е.В. Луценко, С.В. Ширяева
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ - 101 -
О.А. Иштерякова
СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА - 102 -
М.И. Каменецкая
НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ - 103 -
В.Т. Карташов, В.В. Розанов, А.Е. Северин
ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ - 105 -
А.Ю. Киворкова, А.Г. Соловьев

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ КРУПНОГО ПЛОДА В СВЕТЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ - 106 -
Ш.К. Кинаятова, Г.А. Танышева
ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ АГРЕССИИ ЧЕЛОВЕКА ПОД ДЕЙСТВИЕМ АЛКОГОЛЯ - 106 -
О.С. Киселев, Я.М. Акинкина
МОТИВИРОВАННОСТЬ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СРЕДИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ - 107 -
Е.В.Колбина, А.Н.Санько, Е.В.Фурс
ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ - 108 -
А.Н. Коломенская, А.В. Ляхович, Т.М. Васильева, Е.О. Овчинникова
ОЦЕНКА МОТИВАЦИИ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ КАК ПРЕДИКТОРА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ - 108 -
Я.В. Колпаков
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ - 109 -
А.Г. Копылов, В.В. Малаховский, А.Е. Саморуков
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОРГАНИЗАЦИОННОГО СТРЕССА У СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ - 111 -
М.В. Корехова, И.А. Новикова, А.Г. Соловьев
ПСИХОТЕРАПИЯ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ КЛИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПАТОЛОГИЧЕСКОМ СИМБИОЗЕ - 111 -
С.В. Котов, Л.П. Катрасева
КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА - 112 -
Е.А. Крадинова, А.И. Крадинов, В.А. Черноротов
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ И БАЛЬНЕОЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ - 115 -
Е.А. Крадинова, С.А. Землянов, О.Ч. Хаджиев
ПРОЕКТ «УНИВЕРСИТЕТ ТРЕТЬЕГО ВОЗРАСТА» КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ И АДАПТАЦИИ ПЕНСИОНЕРОВ И ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ - 115 -
Н.В. Круглова
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИСТАЛЛОТЕРАПИИ У ЛИЦ В УСЛОВИЯХ ДЕЗАДАПТАЦИИ - 116 -
К.Д. Круглянин
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАБИЛОМЕТРИИ ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ДОМИНИРУЮЩЕГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИСПЫТУЕМЫХ - 117 -
А.Б. Крупнова
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАССИЧЕСКОЙ ГОМЕОПАТИИ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОСАРКОМЫ БЕДРА - 118 -
И.Ф. Кузьмина
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КЛАССИЧЕСКОЙ ГОМЕОПАТИИ В ЛЕЧЕНИИ БУЛЛЕЗНОГО ПЕМФИГОИДА - 118 -
И.Ф. Кузьмина
КОНЦЕПЦИЯ И РЕАЛИЗАЦИЯ ВИРТУАЛЬНОГО ГОСПИТАЛЯ - 119 -
П.П. Кузнецов, А.В. Владзимирский
ПРИМЕНЕНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ - 121 -
К. Кунанбай, А.К. Кайрбеков, Д.А. Даулетбаев
ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОПУНКТУРЫ ГОМЕОПАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ - 122 -
К. Кунанбай, А.К. Кайрбеков
ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА - 122 -
Л.М. Кудаева, В.А. Фридман
ДОШКОЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ КАК КАТЕГОРИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ - 123 -
Е.Е. Кудина
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК С ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ - 127 -
В.Г. Кузнецов
ПОВЫШЕНИЕ МОТИВАЦИИ К ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ - 127 -
В.Д. Кузнецов
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ПОТОМКОВ ЛИЦ, ПОДВЕРГНУВШИХСЯ ИОНИЗИРУЮЩЕМУ ОБЛУЧЕНИЮ - 128 -
А.А. Кусаинова, Ю.В. Шахворостова, Л.Т. Касым
ФАКТОРЫ УСТОЙЧИВОСТИ РЕМИССИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ - 130 -
И.П. Кутянова, О.М. Щекатурова
ИЗУЧЕНИЕ КАРИОЗНЫХ ПЯТЕН НА ЗУБАХ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕПРОРЕЗАВШИХСЯ ЗУБАХ ЖИВОТНЫХ И ЧЕЛОВЕКА В КАЗАНИ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ФТОРПРОФИЛАКТИКИ - 131 -
Б.В. Ларионов

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОГО ТРЕНАЖЕРА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО «КАПИТАН» В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ДОМАШНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ - 132 -
В.В.Лученков
ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ НЕЙРОТИЗМА ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ - 133 -
В.Н. Любчик, А.В. Курганова, Л.А. Писаная
МЕТОДОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЮ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ: ТЕОРИЯ – ПРАКТИКА – РЕЗУЛЬТАТ - 133 -
А.В. Ляхович, А.Н. Коломенская, Л.М. Медведь
РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЯ ОБЪЕМНОЙ АКТИВНОСТИ РАДОНА В ПОМЕЩЕНИЯХ ВГМА ИМ. Н.Н.БУРДЕНКО - 134 -
Н.Ю. Мазуренко, А.А. Натарова, В.И. Каменев
ВИЗУАЛИЗАЦИЯ АПОПТОЗА КЛЕТОК ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ - 135 -
А.Т. Маншарипова, Р.И. Мухамедиев, Л.Б. Джансугурова, Э. Хусаинова, З.А. Беркимбаева, Е. Мухамедиева, Ахсан Али, Е.М. Лекеров
ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ ФИТОБАЛЬЗАМА «Ювелакс» ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ - 136 -
А.Т. Маншарипова
ИЗУЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ ГОРОДА МОСКВЫ - 137 -
Л.М. Медведь, А.В. Ляхович, А.И. Маркова
ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ - 138 -
Е.А. Мельникова, А.Н. Разумов
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ РУКИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ - 139 -
Е.А. Мельникова, А.Н. Разумов
СКОРИНГОВЫЕ КАРТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ТЕХНИКА ПОСТРОЕНИЯ МОДЕЛИ, ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДАННЫХ, - ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА - 139 -
К.С. Мильчаков
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОМАТОГЕННОЙ АСТЕНИЕЙ - 140 -
Т.Ю. Милова
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННЫХ МОСКОВСКИХ ШКОЛЬНИКОВ - 143 -
О.Ю. Милушкина, Н.А. Скоблина, Н.А. Бокарева
МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ШКОЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УЧАЩИХСЯ - 143 -
Н.Б. Мирская, А.Д. Синякина, А.Н. Коломенская
РАЗРАБОТКА ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ - 144 -
Н.Н. Музалёв, С.А. Шевцов
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ИСТОКИ ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ БГМУ - 144 -
И.И. Муратов, К.Р. Сайфутдинова
ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ - 145 -
Х.М. Муршудова
МНОГОУРОВНЕВАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ - 146 -
А.В. Мусаев, С.Г. Гусейнова, Э.Э. Мустафаева
ИНСТРУМЕНТЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ - 147 -
А.В. Мусаев, М.Ю. Мамедова, С.Г. Гусейнова
РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ - 148 -
Р.К. Надирбаева
ТЕРАПИЯ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ - 148 -
М.В. Наприенко
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЛЮМБАЛГИИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ - 149 -
Э.М. Нейматов, В.А. Животов
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ХОДЬБЫ ПРИМЕНЕНИЕМ РОБОТИЗИРОВАННОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ - 149 -
М.В. Никитин, И.В. Черкашина
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ В ВОДЕ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕСТНОГО САНАТОРИЯ - 150 -
И.Е. Никитина, А.Н. Шкребко, Е.И. Бычкова
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ - 151 -
Д.Ю. Никитюк, С.В. Клочкова, Т.Ш. Миннибаев
АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ УРОВНЯ ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ - 151 -
Г.А. Новикова

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО Р.ФОЛЛЮ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА НАРУЖНОГО ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА - 152 -
Е.Б. Новикова
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖА - 154 -
Л.А. Новикова, Г.А. Новикова
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРОТИДНУЮ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЮ В БЛИЖАЙШЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРИОДАХ - 154 -
Е.М. Носенко, В.И. Шмырев, М.С. Романова, Н.С. Носенко, А.А. Калинин
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ВИДА КАК ПРЕДМЕТ ЭВОЛЮЦИИ - 155 -
Л.Л. Овсянников
ПРЕПОДАВАНИЕ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПОЗВОНОЧНИКА (СПОНДИЛОГРАФИИ) НА ЦИКЛАХ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ КАФЕДРЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ - 155 -
А.М. Орел
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИКИ «ERICA» В РЕАБИЛИТАЦИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ БОЛЬНЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ - 156 -
О.О. Орёл
ВОЗМОЖНОСТИ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ - 157 -
А. Орехов, Л.Т. Касым
ТРЕНАЖЕРЫ «DAVID SPINE CONCEPT» В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА - 158 -
Ю.А. Попадюха, Ю.В. Евтушенко
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО КОМПЛЕКСНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ - 161 -
Е.И. Перова, С.А. Бронфман, Л.В. Смекалкина, А.И. Кучинов
ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ - 162 -
Л.М. Пивина, Т.И. Белихина,Т.Ж. Мулдагалиев, Г.Б. Батенова, Р.Р. Курумбаев
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА - 163 -
В.А. Поляков
РЕАКЦИЯ ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АДАПТАЦИИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ - 164 -
В.А. Поляков
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ - 165 -
Н.А. Пищухина
ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ - 165 -
О.Л. Попова, Д.М. Меденникова, М.М. Рахимова
КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ - 166 -
А.А. Поспелова, А.А. Михайлова
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ ТРИТЕРПЕНОИДОВ - 168 -
Д.М. Рахимова, М.Е. Амантурлиева
НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ УСПЕШНОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ АБИТУРИЕНТОВ - 168 -
И.Н. Рахманина
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МУЗЫКА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ - 170 -
И.Н. Рахманина, Н.Ю. Сязина
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРАНИАЛЬНОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ - 172 -
Н.В. Рогожникова, А.Г. Чеченин
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ - 174 -
К.С. Рожнова
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ВНУТРИВУЗОВСКИХ И РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ «ЗДОРОВЬЕ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА» - 176 -
В.В. Розанов, А.Е. Северин, А.П. Черняев, В.Т. Карташов, Р.В. Горячева
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО ПРЕПАРАТ ЭЛЬКАР, НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (ССС) У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДЦП) В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ - 178 -
Т.А. Романова, Н.Ю. Бобровская, О.А. Дементьева
СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАТРУДНЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ С ПТСР И РЕАКТИВНЫМИ ПСИХОЗАМИ - 179 -
Э.Э. Романенко

УПРАВЛЕНИЕ КОРПОРАТИВНЫМ ЗДОРОВЬЕМ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ - 180 -
И.А. Рыбаков, М.А. Фесенко
ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗОНАХ РАДИАЦИОННОГО РИСКА - 180 -
Ж.А. Рыспаева
ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЭФФЕКТИВНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТОЙКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПРИ ДОРСОПАТИИ - 181 -
Т.П. Рязанцева, А.Б. Веревошников
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМ СОМАТОТИПОМ - 182 -
О.А. Савчук
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ У ДЕТЕЙ - 182 -
Ф.Х. Саидов
РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ НА РАННИХ ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ - 184 -
М.А. Сафоничева, С.В. Аршакян, Л.М. Голостенова
ИНТЕГРАЦИЯ МЕТОДОВ КОМПЛЕМЕНТАРНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРОГРАММЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ - 185 -
О.Г. Сафоничева
ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ - 187 -
Н.П. Сачивкина, Е.В. Куликов
УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ СРЕДСТВАМИ РУССКОГО ЯЗЫКА - 188 -
А.Е. Северин, В.В. Розанов
ЧТЕНИЕ ВСЛУХ КАК АНТИСТРЕССОВАЯ МЕРА - 188 -
А.Е. Северин, Н.Е. Аймаутова, Ж.Б. Онзимба-Ленюнго, С.В. Ушнев
МОТИВАЦИЯ К РЕАБИЛИТАЦИИ: МОТИВИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СИСТЕМЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ - 189 -
Н.Д. Семенова, Н.М. Сегренева-Воробьёва
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ - 190 -
Е.Г. Семеняк
ДЫХАТЕЛЬНОЕ УПРАЖНЕНИЕ, НЕМЕДЛЕННО СНИЖАЮЩЕЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ - 191 -
Е.П. Сидоров, К.Е. Сидорова
КОЖНЫЕ ЗОНЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПОВЫШЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН - 192 -
Е.П. Сидоров, К.Е. Сидорова
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ - 192 -
Л.В. Смекалкина, А.И. Мельников
ТРЕНИНГ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ - 193 -
Л.В. Смекалкина, С.А. Шевцов, А.И. Мельников, О.Я. Брежнева
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СЕРИАЛОВ НА СТУДЕНЧЕСКУЮ МОЛОДЕЖЬ - 194 -
Д.Ю. Соболева
ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ КАК СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ - 195 -
М.М. Солтан, А.Р. Володькина
ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ - 195 -
Н.В. Соколова, Н.В. Бурчакова
ИЗМЕНЕНИЕ АЛЬФА-РИТМА ГОЛОВНОГО МОЗГА У СТУДЕНТОВ ФИЗКУЛЬТУРНОГО ВУЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ - 196 -
И.Г. Таламова
ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ РИСКИ РАЗВИТИЯ ФАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СМЕРТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ПРИЧИН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО МАТЕРИАЛАМ АУТОПСИЙ - 197 -
А.Л. Терехова, А.В. Зилов
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ИММУНИТЕТА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ОТВЕТ НА ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ - 197 -
Т.И. Терехова, Д.В. Терехов, М.Ж. Еспенбетова, Т.М. Беляева
СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ - 198 -
Т.Н. Терехова
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ ПРИ ПРОФИЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ - 198 -
К.Т. Тимошенко
ОПТИМАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ - 199 -
Е.И. Торохова, Т.И. Широкова

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ЙОГОЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ СТУДЕНТОК - 200 -
В.О. Третьяков, П.А. Шишкин, Ю.Л. Веневцева
ФИТОПРОФИЛАКТИКА СТАРЕНИЯ СОСУДОВ: НАРОДНЫЕ ТРАДИЦИИ - 200 -
С.Н. Турищев
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ - 201 -
Н.Г. Туровская
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПОТЕНЦИАЛЬНОМ РИСКЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕГО ЗВЕНА - 204 -
Е.В. Фадеева, И.А. Геронимус, О.В. Цветкова
ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТАНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ, ОРГАНИЗОВАННОГО НА БАЗЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЮЩЕГО ПОЛУФАБРИКАТЫ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ГОТОВНОСТИ - 204 -
Е.Ю. Федичева, Е.Ю. Козина
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ОСНОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ САНИТАРНЫХ ВРАЧЕЙ - 205 -
А.С. Филин, М.М. Мехова
ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХОГЕННЫЕ ДОРСАЛГИИ. ДИАГНОСТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ - 206 -
В.А. Фролов, В.С. Кононова
ПЕРСОНИФИКАЦИЯ СЛОЖНЫХ БИОМЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ С ПОЗИЦИИ ТЕОРИИ ХАОСА-САМООРГАНИЗАЦИИ - 209 -
А.А. Хадарцев, В.М. Еськов, В.Г. Зилов, О.Е. Филатова, В.В. Еськов
РОБОТИЗИРОВАННАЯ МЕХАНОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ - 210 -
М.А. Хан, О.В. Подгорная, М.Р. Макарова, Н.И. Тарасов, Л.Ю. Даринская, А.Н. Хромов, И.С. Кириллова
ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ - 210 -
Т.В. Хамина, Г.Р. Кривцова
ДЕТЕРМИНАНТЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ - 211 -
О.А. Харькова, А.Г. Соловьев
НОВОЕ В СИСТЕМЕ АВТОМАТИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ АДАПТАЦИЕЙ К ГИПОКСИИ/«ГИПОКСИЧЕСКИЙ ФИТНЕСС+» - 211 -
А.М. Цветкова, В.А. Парамонов
РЕАБИЛИТАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ - 212 -
Е.В. Чемоданова
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ТОНУСА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ - 212 -
Л.Ф. Чепурная, Н.С. Григорьева
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ - 213 -
Л.Ф. Чепурная
РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ - 214 -
Д.С. Черемисина
МЕТОД МОНИТОРИНГА КРОВЕНАПОЛНЕНИЯ АОРТЫ В ДИАСТОЛИЧЕСКИХ ФАЗАХ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА - 215 -
Н.Н. Чернов, Д.Ф. Македонский
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО МЕТОДУ Р.ФОЛЛЯ У ПАЦИЕНТОВ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ - 216 -
А.В. Черногорцев, Е.Б. Новикова
НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЭЛЕКТРОДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕПЕРНОГО ПРИНЦИПА И ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ - 216 -
И.М. Черныш
РОЛЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ СПОРТА ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ - 217 -
С.В. Чечиль
РЕЗУЛЬТАТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ ЧЕЛОВЕКА, РАЗРАБОТАННОЙ НА ОСНОВЕ ТЕОРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ АКАДЕМИКА П.К.АНОХИНА - 219 -
Д.А. Шаменков, А.Ю. Ульянин, К.В. Судаков
ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА РАЗНЫХ ЛЕТ ОБУЧЕНИЯ - 221 -
Е.Ю. Шаламова, В.Р. Сафонова, О.Н. Рагозин
РАЗРАБОТКА МЕДИЦИНСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ WINDOWS STORE - 223 -
С.А. Шевцов, Н.Н. Музалёв
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ - 224 -
С.А. Шевцов, Л.В. Смекалкина, С.А. Божко, Т.П. Рязанцева, А.В. Новиков

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ: «УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ» - 224 -
Т.Ф. Шерина, С.А. Божко
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ II-III СТЕПЕНЕЙ ВЫРАЖЕННОСТИ - 225 -
М.В. Шелыхманова
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ АДАПТОМЕТРИИ В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ - 225 -
М.И. Шпитонков
ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПРОЕКТА «FREUDZONE» - 226 -
О.Г. Шульгина
ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ - 227 -
И.П. Шурыгина, Е.В. Кабардина, М.К. Шуликова
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ СТУДЕНТОВ ГБОУ ПЕРВЫЙ МГМУ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА - 227 -
О.П. Эмирвелиева
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ - 228 -
М.Т. Эфендиева, Н.Г. Бадалов, В.В. Голубева
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДОШКОЛЬНИКАМ С КОММУНИКАТИВНЫМИ ТРУДНОСТЯМИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ - 229 -
С.В. Яковлева, С.Б. Лазуренко
КОРРЕКЦИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - 229 -
А.В. Яшков, Т.А. Сивохина, С.А. Бурмистрова
АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ - 231 -
А.В. Яшков, Т.А. Сивохина, С.А. Бурмистрова, Е.С. Соловова
MEMORY INDICATORS STUDY AMONG LONG-LIVING PERSONS IN SUMGAYIT - 232 -
N.Y. Karamova, A.İ. Anas
PHYTOTHERAPY AND REFLEXOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND FUNCTIONAL DYSPEPSIA ASSOCIATED WITH HELICOBACTER PYLORI IN THE ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE - 233 -
N.A. Myrzabayeva

ИССЛЕДОВАНИЕ ОЖИДАНИЙ ОТ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ, ТРЕВОЖНЫМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В.А. Агарков, С.А. Бронфман, Л.М. Кудаева
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение. Ожидания пациентов от психотерапии являются важной группой факторов, оказывающих влияние на эффективность психотерапии, в том числе и на преждевременное прерывание психотерапии.
К сожалению, в российской медицинской и психологической науке количество исследований, посвященных влиянию характеристик пациентов и, в частности, их ожиданий от психотерапии, остается крайне низким.
В рамках настоящей работы мы исследовали клиентские ожидания от психотерапии у пациентов психоневрологической клиники с диагнозами аффективных расстройств (F3x), тревожных расстройств (F40-43) и соматоформных расстройств (F45).
Материалы и методы исследования. Всего в исследование приняли участие 92 пациента клиники пограничных психических расстройств (63 женщины и 29 мужчин). Среднее значение возраста для данной группы составило 47,7 лет (min = 26, max = 72, SD = 11,5). Были выделены следующие подгруппы пациентов (в соответствии с диагнозом по МКБ-10): аффективные расстройства (F3x, n=12), тревожные расстройства (F40-F43, n=21), соматоформное расстройство (F45, n=12).
Группа «норма» состояла из студентов дневных и вечерних отделений психологического, педагогического, медицинского ВУЗов разных городов России. В эту группу вошло 290 женщин и 68мужчин (n=358).
Методы исследования. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Simptom Check List-90-Revised, SCL-90-R).
Опросник психотерапевтических ожиданий и психотерапевтического опыта (The Psychotherapy Expectations and Experiences Questionnaire, PEX-P1).
Результаты исследования и обсуждение. Результаты корреляционного анализа показали, что между интегральными показателями SCL-90-R и шкалами PEX-P1, в том числе интегральным показателем Плацебо PEX-P1, отсутствуют статистически значимые корреляции для групп пациентов с аффективными и тревожными расстройствами. В то же время у группы пациентов с соматоформными расстройствами обнаружены положительные статистически значимые корреляции ($p<0,05$) между интегральными индексами GSI и PTSDI опросника SCL-90-R и показателем Плацебо опросника PEX-P1. При этом средние значения показателя Плацебо для всех клинических групп превышают уровень 3. Это интерпретируется нами как ожидание того, что те или иные интервенции и/или терапия в целом принесет пациенту, скорее всего, пользу, хотя уровень этих позитивных ожиданий может быть охарактеризован как весьма умеренный.
Заключение. Изучение клиентских ожиданий от психотерапии представляет как научный, так и практический интерес. Надежные методы оценки клиентских ожиданий помогут в построении стратегий до - терапевтических интервенций и их проведении. Исследования, проведенные за рубежом, показали, что подобные мероприятия достигают цели коррекции ожиданий пациента в сторону большей согласованности с реальным распределением ролей и внешними параметрами (сеттингом) психотерапии и, следовательно, способствуют повышению эффективности психотерапии и сокращению частоты преждевременных прерываний.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НОВЫХ ФОРМ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В ШКОЛАХ И ДЕТСКИХ САДАХ

А.Н. Айвазов
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Проблема состояния здоровья детей и подростков в новых экономических условиях является одной из самых актуальных в здравоохранении.
В период роста и формирования человека, когда возникает, развивается и завершается ряд морфологических и психологических процессов, происходит становление многих жизненно важных систем организма, особенно важным является рациональная организация питания в школах и детских садах, где ребенок проводит большую часть дня.
В структуре заболеваемости населения, как взрослого, так и детского болезни органов пищеварения занимает 2-3 место. Это свидетельствует о серьезности проблемы. По данным нашего опроса школьников (718 подростков), две трети мальчиков (66,7%) и более половины девочек (51.2%) питаются нерегулярно, горячую пищу не принимают, перекусывают на «ходу».
В Законе Российской Федерации «Об образовании» сохранена обязанность образовательного учреждения организовывать питание обучающихся, выделять помещение для питания детей, предусматривать перерыв достаточной продолжительности (статья 51).
Вопросы организации школьного питания в последние годы вызывают повышенный интерес. Их решению посвящена подпрограмма «Питание» программы «Индустрия образования», принятой Министерством Образования России. Основу предполагаемых подходов составляет внедрение новых схем питания школьников и использование современного высококачественного оборудования, позволяющего при минимальных затратах обеспечить питание школьников на уровне требований сегодняшнего дня.

Альтернативой существующих прежних форм организации питания в школах и детских садах, где пища готовится на местах, являются новые формы организации питания, где централизовано, на предприятиях нового поколения с применением высоких технологий изготавливается пища и доставляется в школы, больницы, интернаты и детские сады.

Для приготовления блюд используется исключительно высококачественное сырье, весь процесс обработки которого строго контролируется. Образцы от каждой партии готовой продукции дегустируются группой технологов, проверяются в аккредитованных лабораториях предприятия. Первоочередная задача специалистов предприятия нового типа состоит в том, чтобы производить для детей качественное, полезное и безопасное питание. Специалисты фабрики очень ответственно подходят к формированию детского меню. Все блюда полностью соответствуют санитарным правилам и нормам, содержат необходимое количество жиров, белков, углеводов, витаминов, минералов и других полезных веществ.

Сохранность питания, как и любых свежеприготовленных блюд, обеспечивается за счет поддержания температурного режима +2 +6 градусов. Для поддержания этого температурного режима блюда доставляются в школы и детские сады в специальных термобоксах на автомобилях, снабженных рефрижераторами.

Рацион разрабатывается в соответствии с нормами для детского питания и должен быть утвержден Роспотребнадзором. Вся продукция комбинатов питания проходит процедуру декларирования на соответствие единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю), глава 2. Декларирование проводится на соответствие пунктам, регламентирующим показатели безопасности для продуктов, предназначенных для питания детей от 3-х лет. Декларации соответствия должны быть получены на каждое блюдо из ассортимента для школьного питания фабрики.

С целью контроля качества санитарные врачи предприятия нового типа проводят ежемесячный комплексный контроль каждого пищеблока школьных и дошкольных учреждений.

Проверяется санитарно-гигиеническое состояние пищеблока в соответствии с: СанПиН 2.4.5 2409-08, СанПиН 2.4.1.3049-13 и СанПиН 2.3.6. 1079-01. Проводится личный осмотр каждого сотрудника на наличие порезов, ран и различных гнойничковых заболеваний кожи, осуществляется контроль за медицинскими книжками каждого сотрудника на наличие анализов и прививок в соответствии с N 302Н приказом Минздрава РФ, дополнительно за сроком каждого анализа и каждой прививки отслеживает специальная электронная база, созданная санитарными врачами предприятий нового типа. Отбор проб в каждом пищеблоке перед раздачей проводят: медсестра, ответственный работник по питанию и заведующая производством.

Кроме этого, проводятся лабораторные исследования специалистами ФБУЗ (по договору о проведении производственного контроля):

- отбор проб готовой продукции;
- взятие смывов с 10-ти предметов (ножи, тарелки, ложки, вилки и др.).

Новые формы организации питания в школах, детских садах и других учреждениях с социальным питанием, в которых проведение внутреннего санитарно-гигиенического контроля позволило существенно снизить количество нарушений(уменьшилось количество лиц несвоевременно прошедших медицинские осмотры, снизилось число отклонений от санитарных норм в пищеблоках, снизилось число отравлений и др.) являются более эффективными с медицинской, социальной и экономической точки зрения.

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ СТАЗ У ДЕТЕЙ. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКУ

Х.А. Акилов, Ф.Х. Саидов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Тактика диагностики и выбора метода лечения детей с хроническим толстокишечным стазом и на сегодняшний день является весьма актуальной. Во всем мире хроническим толстокишечным стазом страдает более 5-10 % детей.

Цель исследования: Роль диагностических методов и выбор тактики лечения с реабилитацией детей с хроническим толстокишечным стазом.

Материал и методы. В отделение детской хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и 1-й городской детской клинической больницы г. Ташкента с 2006 года по настоящее время на лечение находилось 265детей с хроническими запорами, вызванными той или иной патологией толстой кишки, из них 161 (60,8%) мальчиков и 104 (39,2%) девочек, в возрасте от 3 месяца до 14 лет.

Все дети предъявляли жалобы на боли в животе, вздутие живота, болезненную дефекацию, отсутствие самостоятельного стула,

Всем детям проводилось следующие диагностические исследования: клинико-лабораторные, рентгенологические (пассаж бариевой взвеси, ирригоскопия), инструментальные (колоноскопия) исследования, УЗИ, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) толстой кишки, электросфинктерометрию, гистологическое исследование толстой кишки, дуплексное сканирование магистральных сосудов толстой кишки, изучение микробной флоры кишки.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования у 123 (46,4%) детей диагностированы долихосигма, у 16 (6,0%) – долихоколон, у 24 (9,1%) – долихомегаколон, у 45 (17,0%) – болезнь Гиршпрунга, у 3 (1,1%) – синдром Пайера, у 54 (20,4%) – функциональные запоры.

Консервативное лечение получили 209 (78,9%) детей, которое было направленно на повышение тонуса кишечной стенки, увеличение объема кишечного содержимого, выработку рефлекса на дефекацию, нормализацию микробного пейзажа толстой кишки. Оперативный метод лечения выполнено у 56 (21,1%) детей.

К оперативному вмешательству прибегали в следующих случаях: перфорация полого органа, острая кишечная непроходимость, заворот сигмовидной кишки, декомпенсация хронического колостаза, прогрессирующие симптомы нарушения функции опорожнения кишечника, существование в течение нескольких лет хронических запоров, симптомы длительной интоксикации ребенка, постоянный болевой синдром, отставание в психомоторном развитии, выраженные биохимические и иммунные нарушения, усиливающиеся симптомы хронической кишечной непроходимости, неудовлетворительные результаты консервативной терапии хронических запоров, постоянное образование каловых камней.

Выводы. Большинство больных хроническим толстокишечным стазом получали комплекс консервативных мероприятий. Хирургическое лечение проводилось только после проведения адекватного консервативного лечения, когда другие медицинские мероприятия не давали эффекта. С целью реабилитации и профилактики повторных возникновений запоров всем детям с хроническим толстокишечным стазом проводились рекомендации по соблюдению режима питания, регулярности дефекации и выработки рефлексов к акту дефекации.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ У ШКОЛЬНИКОВ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

В.И. Акиньшин, В.А. Музыка

ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», Белгород, Россия

Отдел воспитания и дополнительного образования департамента образования Белгородской области, Белгород, Россия

В Белгородской области Постановлением правительства Белгородской области от 11 апреля 2012 года № 138-пп утверждена долгосрочная целевая программа «Оздоровление молодого поколения Белгородской области в возрасте до 25 лет» на 2011-2013годы.

В рамках этой программы предусмотрена организация работы школьных инновационных центров здоровья на базе образовательных учреждений Белгородской области. Служба здоровья образовательных учреждений области представляет собой организационную форму взаимодействия специалистов образовательного учреждения по обеспечению условий для сохранения и укрепления всех участников образовательного процесса.

Цели и задачи. Создание в школе организационно–педагогических, материально-технических, санитарно-гигиенических и других условий здоровьесбережения, учитывающих индивидуальные показатели состояния здоровья обучающихся.

Материалы и методы. Внедрение медицинского диагностического комплекса «Здоровый ребенок» в 86 школах области и статистический анализ учетной формы № 030-ПО/У-12 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних» у школьников, проживающих в районе обслуживания медицинской организации.

Результаты и их обсуждение. Основные мероприятия по организации Центров здоровья начались с 2012 года. Проведен мониторинг потребности школьных инновационных Центров здоровья в образовании, организованы практико-обучающие семинары для педагогических и медицинских работников общеобразовательных учреждений. Организована демонстрация функциональных возможностей нового медицинского диагностического оборудования «Здоровый ребенок».

Медицинские диагностические комплексы – "Здоровый ребенок" - позволяет автоматически демонстрировать антропометрические данные каждого школьника, формировать статистические отчеты по группам, классам, школе в целом, оформить заключения, анализы, как в полномерной печати, так и на самоклеющиеся этикетки, для удобства вкладывания в паспорт здоровья. Кроме того, программное обеспечение позволяет вести учет по группам здоровья. На протяжении учебного года комплекс выдает динамику развития школьников в цифрах и графиках.

Оценка эффективности первичной медико-санитарной помощи обучающимся осуществляется исходя из анализа физического и нервно-психического развития, изучения общей заболеваемости, результатов профилактических и индивидуальных осмотров. Здоровьесберегающие технологии охраны здоровья детей образовательных учреждений начинается с обеспечения санитарно-гигиенических условий обучения и требований к режиму образовательного процесса. Результаты профилактических осмотров доводятся до сведения родителей. К планированию услуг школьного здравоохранения активно привлекаются учителя, родители, учащиеся.

В итоге осуществленных мероприятий в интересах здоровья детей (2007-2013гг) в образовательных учреждениях уменьшилось количество детей, отстающих в массе тела в 2,3 раза, уменьшилось алиментарно-зависимых заболеваний школьников 1-9 классов на 35,3%, школьников 10-11 классов на 24,4%,инвалидность уменьшилась на 8,4%.

Таким образом, в рамках данного исследования выявлена эффективность программы медико–психолого-педагогического сопровождения по показателям неинфекционной заболеваемости, работоспособности и успеваемости. Дети, подростки должны не только получать информацию о факторах риска, но и активно участвовать в формировании своего здоровья и здоровья окружающих.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КРИТЕРИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ И ИХ РОЛЬ В АНАЛИЗЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Ш.Б. Акыева
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Усовершенствованный и апробированный при изучении студенческой молодежи метод комплексной антропометрии позволяет оценить особенности физического развития и адаптационных характеристик каждого индивидуума, его реактивности, т.е. тех составляющих общего понятия «конституция». Вместе с тем, в настоящее время отсутствуют единые общепринятые схемы конституциональной диагностики, применимые с этими целями, как для мужчин, так и женщин. Значительный фактический опыт использования конституционально-анатомического подхода в оценке физического статуса, накопленный в Первом МГМУ им И.М.Сеченова, показывает максимальное удобство использования схемы И.Б.Галанта, разработанной применительно к женской части популяции. По этой схеме, используемой в наших исследованиях, принято различать три конституциональные группы, в рамках каждой из которых выделяют отдельные конституциональные типы (или соматотипы, по общепринятой терминологии). Категория лептосомных конституций включают астенический и стенопластический соматотипы. Представительницы астенического соматотипа характеризуются худощавым телом. Удлиненной грудной клеткой, втянутым животом, наличием узкого таза, длинными и тонкими нижними конечностями, слабым развитием мускулатуры, недостаточным отложением подкожно жировой клетчатки. Для стенопластического соматотипа, по нашему представлению, характерна значительная часть морфологических признаков предыдущего типа в сочетании с большим развитием жирового и мышечного компонентов тела. Категория мезосомных конституций объединяет, как мы считаем, пикнический и мезопластический соматотипы. К первому относятся женщины с повышенным (или умеренным жироотложением), округлой формой головы, полной шеей, цилиндрической грудной клеткой, широкими и округлыми плечами, широким тазом, достаточно короткими конечностями. Женщины мезопластического соматотипа имеют, по нашему мнению, коренастую приземистую фигуру, выраженные мышечные сухожилия (трехглавой мышцы голени и др.), выраженный (почти «мускулинизированный» скелет), относительно слабое (по сравнению с пикническим соматотипом) развитие подкожно жировой клетчатки. Категория мегалосомных конституций включает атлетический, субатлетический и эурипластический соматотипы. Тело представительниц атлетического типа характеризуется выраженным развитием мышечного и костного компартментов, крайне незначительным жироотложением. Часто мужеподобными чертами лица. Женщины субатлетического типа, как правило, высокие стройные, крепкого сложения при умеренном развитии подкожной жировой ткани и скелетной мускулатуры. Эурипластический конституциональный тип характеризуется атлетической фигурой в сочетании с повышенным жироотложением. Следует отметить, что изученный нами возрастной диапазон (17-19 лет), соответствующий юношескому периоду онтогенеза, характеризуется протеканием финальных стадий ростовых процессов, заключающихся в завершении роста скелета, формированием близких к дефинитивным уровням развития мышечной системы, величины и топографии подкожного жироотложения. Вместе с тем, следует учитывать, что конституциональное разнообразие не может быть механически сведено к указанным соматотипам, поскольку она является фенотипическим отражением целостности организма, предполагая безграничное разнообразие внутривидового индивидуального полиморфизма. Проведенный нами анализ распределения конституциональных типов в популяции позволяет разработать нормативные таблицы для индивидуальной и популяционной оценки физического развития 17-19-летних девушек. Отмечено значительное количество (более 35%) девушек с низким физическим развитием, что может свидетельствовать о необходимости антропометрического мониторинга современной молодежи с целью ранней профилактики ряда заболеваний и улучшения физических показателей развития.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

М.Х. Аль-Замиль, С.А. Божко, Л.М. Кудаева
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия
Клиника Мозга и Позвоночника, Подольск, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучить динамику клинико-электромиографических нарушений при лечении нейротической боли иглорефлексотерапией (ИРТ) у пациентов с дистальной нейропатией нижних конечностей (ДПНК) при сахарном диабете 2 типа (СД 2).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 155 пациентов (Ж-100, М-55) с диагнозом ДПНК с выраженным болевым синдромом. Все пациенты страдали СД 2 в стадии компенсации. Все пациенты принимали лекарственную терапию, общепринятую при СД и ДПНК. Пациенты были разделены методом рандомизации на 2 группы. В контрольную группу (КГ) вошли пациенты, принимающие в качестве лечения нейропатической боли препарат дулоксетина в дозе 60 мг /сутки. Пациенты основной группы (ОГ), кроме препарата дулоксетина, прошли курс рефлексотерапии.

КГ состояла из 62 пациентов (Ж-38, М-24), средний возраст составил 56,3±12,8. Длительность СД2 у этих пациентов составила в среднем 9±6,4 лет. В ОГ вошли 93 пациента (Ж:62,М:31) со средним возрастом 52,4±11,1 года и со средней длительностью СД 2 - 8,5±5,4 лет. Всем пациентам изучен болевой синдром (БС) с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), русифицированного Мак-Гилловского болевого опросника (РМБО) и схемы тела (СТ).

Выраженность ДПНК определялась с помощью шкалы нейропатического функционального счета (NSS) и шкалы неврологических симптомов (NDS). Всем пациентам проведено электромиографическое исследование моторных волокон малоберцовых нервов. Все перечисленные исследования проводились до лечения, через месяц и 3 месяца после начала лечения.
ИРТ проводилась каждый день в течение 20 дней, с длительностью процедуры от 20 до 45 минут. При этом выбор точек осуществлялся индивидуально в зависимости от зоны поражения, локализации БС и общего состояния пациента. Применялись точки, расположенные на пояснице, голени и на стопе. Чаще всего применялись точки: VB31(Фэн-ши), E36 (Цзу-сань-ли), E40 (Фэн-лун), RP3 (Тай-бай).
Результаты. Через месяц после начала лечения БС по ВАШ достоверно уменьшился в КГ от 7,4±1,1 до 4,4±1,4 балла ($p<0,05$) и в ОГ от 8,2±1,1 до 1,9±1,2 балла ($p<0,01$). БС через 3 месяца снизился в КГ до 3,7±1,5 балла, а в ОГ увеличился по сравнению предыдущим исследованием до отметки 3,1±1,3 балла.
По РМБО в конце первого месяца общее количество рангового индекса боли (РИБ) достоверно уменьшилось в КГ от 29±5,6 баллов до 16,5±3,8 баллов. В ОГ РИБ достоверно снизился от 29,2 баллов до 9,8 баллов. Через 3 месяца значение РИБ продолжало уменьшаться до 14,9 баллов в КГ и до 9,7 в ОГ.
По СТ зона БС после месячного курса лечения достоверно уменьшилась в КГ до 55% и в ОГ до 74%. Через 3 месяца зона БС уменьшилась до 59% в КГ , а в ОГ увеличивалась до 61%.Выраженность ДПНК по NSS спустя 3 месяца после лечения достоверно уменьшилась в КГ от 5,9±1,8 до 2,8±1 балла и в ОГ от 6,6±±1,7 до 2±1,1 балла. Неврологические симптомы ДПНК, отмеченные по NDS, после 3-ех месячного курса лечения уменьшились в КГ от 9,3±4,7 баллов до 6,9±4,5 баллов и в ОГ от 9,5±4 баллов до 5,5±4,1 баллов.
Парез стопы был выявлен в КГ у 13 пациентов со средним значением силы пальцев стоп при разгибании 4,2±1,6балла. После лечения парез пальцев стоп при разгибании сохранился у 12 пациентов со средним значением силы стопы при разгибании 4,3±1,2 балла. В ОГ парез стопы был выявлен у 10 пациентов со средним значением силы пальцев стоп при разгибании 4,1±1,1 балла. После лечения парез пальцев стоп при разгибании сохранился у 7 пациентов со средним значением силы стопы при разгибании 4,4±1,2 балла.
Средняя амплитуда М – ответа при стимуляции малоберцовых нервов до лечения составляла 2,5±0,5 мВ в КГ и 2,6±0,6 мВ в ОГ. После трехмесячного курса лечения амплитуда М – ответа в КГ составляла в среднем 2,4±0,6 мВ и в ОГ - 2,7 ±0,5 мВ.
Заключение. Применение иглорефлексотерапии в сочетании с медикаментозной терапией достоверно эффективнее при лечении нейропатической боли у пациентов с ДПНК при СД 2 типа, чем общепринятый метод лечения фармакотерапией ($p<0,05$). Максимальный анальгезирующий эффект отмечался в конце курса иглорефлексотерапии ($p<0,05$).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

М.Х. Аль-Замиль, С.А. Божко, Л.М. Кудаева
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия
Клиника Мозга и Позвоночника, Подольск, Россия

Нейропатическая боль (НБ) наблюдается у 20% пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей (ДПНК) при сахарном диабете 2–го типа (СД 2). В связи с многочисленными сопутствующими заболеваниями, развивающимися у многих пациентов с СД2, и возможными побочными явлениями на фоне фармакотерапии является актуальным привлечение нелекарственных методов для лечения этого страдания.
Цель исследования. Изучить эффективность электротерапии в комплексном лечении нейропатической боли у пациентов с дистальной полинейропатией нижних конечностей при сахарном диабете 2-го типа.
Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 159 пациентов (Ж-102, М-57) с диагнозом «ДПНК с выраженным болевым синдромом». Все пациенты страдали СД 2 в стадии компенсации. Пациенты методом рандомизации были разделены на 2 группы. В контрольную группу (КГ) вошли пациенты, принимающие в качестве лечения НБ препарат дулоксетин в дозе 60 мг /сутки. В основную группу (ОГ) вошли пациенты, которые помимо приема препарата дулоксетин, прошли курс электротерапии. КГ состояла из 62 пациентов (Ж-38, М-24), средний возраст составил 56,3±12,8. Длительность СД 2 у этих пациентов составила в среднем 9±6,4 лет. В ОГ вошли 97 пациентов (Ж-64,М-33). Средний возраст составил в среднем 53,9±12,3 года, со средней длительностью СД 2 - 9±6,4 лет.
У всех пациентов был изучен болевой синдром (БС) с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), русифицированного Мак-Гилловского болевого опросника (РМБО) и схемы тела (СТ). Выраженность ДПНК определялась с помощью шкалы нейропатического функционального счета (NSS) и шкалы неврологических симптомов (NDS). Всем пациентам проведено электромиографическое исследование моторных волокон малоберцовых нервов. Все перечисленные исследования проводились до лечения и через 3 месяца после начала лечения.
Электротерапия проводилась в течение 15 дней, через день с длительностью процедуры от 20 до 30 минут. Характер электрического импульса: монофазный прямоугольный с частотой 20 Гц, длительностью 40 мкс, с амплитудой 15 мкВ. Способы стимуляции: катод прикреплялся на проксимальном отделе нерва, анод перемещался по ходу нерва

через каждые 10-15 см от проксимального отдела до дистального. При лечении проводилась стимуляция малоберцового и большеберцового нервов на обеих конечностях.

Результаты. Через месяц после начала лечения БС по ВАШ достоверно уменьшился в КГ от 7,4±1,1 до 4,4±1,4 балла (p<0,05) и в ОГ от 7,9±1,2 до 1,8±1,2 балла (p<0,01). Через 3 месяца БС снизился в КГ до 3,7±1,5 балла, а в ОГ увеличился по сравнению с предыдущим исследованием до 2,9±1,3 балла.

По РМБО ранговый индекс боли (РИБ) достоверно(p<0,05) уменьшился от 29±5,6 баллов до 16,5±3,8 баллов в КГ. В ЩГ РИБ достоверно (p<0,0) снизился от 27,8 баллов до 10,4 баллов. Через 3 месяца значение РИБ продолжало уменьшаться и достигло в среднем 14,9 баллов в КГ и 9,2 балла в ОГ.

По СТ зона болевого синдрома после месячного курса лечения достоверно уменьшилась в КГ на 55% и в ОГ на 79%. Через 3 месяца зона болевого синдрома уменьшилась на 59% в КГ, а в ОГ увеличилась до 63%, по сравнению с началом лечения.

Выраженность ДПНК по NSS спустя 3 месяца после лечения достоверно (p<0,05) уменьшилась в КГ от 5,9±1,8 до 2,8 балла и в ОГ от 6,3±1,7 до 2±1,7 балла. Неврологические симптомы ДПНК, отмеченные по NDS после 3-х месячного курса лечения, уменьшились в КГ от 9,3±4,7 баллов до 6,9±4,5 баллов и в ОГ от 10±4,7 баллов до 5,9±4,3 баллов.

Средняя амплитуда М – ответа при стимуляции малоберцовых нервов до лечения составляла 2,5±0,5 мВ в КГ и 2,7±0,7 мВ в ОГ. После трехмесячного курса лечения амплитуда М – ответа в КГ составляла в среднем 2,4±0,6 мВ и в ОГ 2,5 ±0,6 мВ.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что комплексный метод лечения с использованием электротерапии болевого синдрома при ДПНК при СД 2 является достоверно более эффективным, чем общепринятый метод лечения фармакотерапией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МОТОРНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

М.Х. Аль-Замиль, С.А. Божко, Л.М. Кудаева
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия
Клиника Мозга и Позвоночника, Подольск, Россия

Введение. Моторный дефицит нередко встречается у пациентов с дистальной полинейропатией нижних конечностей (ДПНК) при сахарном диабете 2-го типа (СД2) и в начале развития ДПНК часто имеет субклинический характер. Проводимая фармакотерапия не всегда оказывается достаточно эффективной в лечении этой патологии. В связи с этим, целесообразно проводить комплексное лечение с применением электротерапии при лечении моторного дефицита у пациентов с ДПНК при СД2, которое может стать эффективным методом профилактики развития и лечения моторного дефицита у пациентов с ДПНК при СД2

Цель исследования. Изучить эффективность электротерапии в комплексном лечении моторного дефицита у пациентов с дистальной полинейропатией нижних конечностей при сахарном диабете 2-го типа.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 115 пациентов (Ж-83, М-32) с диагнозом ДПНК при СД2. Выраженность ДПНК была изучена с помощью шкалы неврологических симптомов (NSS) и шкалы неврологического дисфункционального счета (NDS). Сила стопы при сгибании и разгибании была оценена по 5–ти балльной шкале.

Всем пациентам проведено электромиографическое исследование моторных волокон малоберцовых нервов. Все перечисленные исследования проводились до лечения и через 3 месяца после начала лечения.

Пациенты методом рандомизации были разделены на 2 группы. В контрольную группу (КГ) вошли пациенты, которые принимали препараты альфа-липоевой кислоты в течение 2 месяцев в дозе 600 мг /сутки, препарат пентоксифиллин в дозе 100 мг х 3 раза / день в течение месяца и витамин В12 в дозе 1000 мкг в/м в течение 10 дней. Количество пациентов составило 51(Ж-38, М-13)

В основную группу (ОГ) вошли пациенты, проходившие такой же курс лечения, как в КГ, комплексно с курсом электротерапии. Количество пациентов составило 64 (Ж-45,М-19)

Электротерапия проводилась в течение 15 дней, через день с длительностью процедуры от 20 до 30 минут. Характер электрического импульса: монофазный прямоугольный с частотой 1 Гц длительностью 200-500 мкс с амплитудой 10-30 мкВ до появления мышечного ответа иннервируемых мышц. Способы стимуляции: катод прикреплялся на проксимальном отделе нерва; анод перемещался по ходу нерва через каждые 10-15 см от проксимального отдела к дистальному. По такой схеме процедура повторялась на каждом нерве 3 раза с промежутками времени между процедурами 10-15 с. При лечении проводилась стимуляция малоберцового и большеберцового нервов на обеих конечностях.

Результаты. У всех пациентов были выявлены электромиографические признаки снижения амплитуды М – ответа при стимуляции малоберцовых нервов.

В КГ амплитуда М-ответа малоберцового нерва до лечения в среднем составила 2,3±1 мВ и после лечения 2,6 ±1,2 мВ. Парез стопы был выявлен у 15 пациентов со средним значением силы пальцев стоп при разгибании 4,1±1,6балла. Средняя амплитуда М – ответа составила 1,2 ±0,6 мВ. После лечения парез пальцев стоп при разгибании сохранился у 12 пациентов со средним значением силы стопы при разгибании 4,3±1,2 балла со средней амплитудой М–ответа 1,3±0,5 мВ.

В ОГ амплитуда М-ответа малоберцового нерва до лечения в среднем составила 2,4±1 мВ и после лечения 3 ±1,2 мВ. Парез стопы был выявлен у 17 пациентов со средним значением силы пальцев стоп при разгибании 4,1±1,6балла. Средняя амплитуда М–ответа составила 1,3±0,6 мВ. После лечения парез пальцев стоп при разгибании сохранился у 7 пациентов со средним значением силы стопы при разгибании 4,6±1,2 балла и средней амплитуде М-ответа 1,5 ±0,7 мВ.

Заключение. Электротерапия в комплексе с общепринятым фармакологическим методом терапии является эффективным методом лечения моторного дефицита у пациентов с ДПНК при СД 2-го типа с достоверным увеличением ($p<0,05$) амплитуды М – ответа малоберцового нерва, по сравнению с КГ. Электротерапия в комплексном лечении ОГ достоверно ($p<0,05$) уменьшает выраженность клинических форм моторного дефицита, по сравнению с КГ.

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗАХ

М.К. Альмухамбетов, Э.Ф. Альмухамбетова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Целью работы явилось исследование внутривенной формы препарата энап в лечении неосложненных гипертензивных кризов на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования. Обследованы 43 пациента, из которых в основной группе 29 пациентов (8 мужчин и 21 женщина), в контрольной – 14 (3 мужчин и 11 женщин), в возрасте от 51 до 68 лет (возраст в среднем (58,9± 9,2) лет) с гипертоническим кризом 2 типа. В среднем продолжительность заболевания артериальной гипертензии составила (17,5 ±4,2) лет. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) принимали постоянно 31 человек. Периодически принимались другие препараты. Остальные принимали препараты разных групп, и эпизодически ИАПФ.

Высота артериального давления в обеих группах была умеренной – систолическое (САД) 165-185 мм рт ст, диастолическое артериальное давление (ДАД) – 95-100 мм рт ст.

Для выполнения работы нами разработана карта, в ней регистрировались все полученные показатели.

Неотложная терапия криза в основной группе содержалась во введении эналаприла в дозе 1,25 мг парентерально медленно в течение 5 минут, разведя на 20,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида. У каждого больного проводился осмотр с обязательным фиксированием показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений, снятием электрокардиограммы, клинического состояния. Артериальное давление и частота сердечных сокращений измерялись дважды через каждые 15 минут после применения препарата.

В группе сравнения пациентам проводилась гипотензивная терапия по стандартной схеме.

Результаты исследования. Всем больным основной группы при использовании эналаприлата в виде монотерапии удалось купировать криз. Отмечалось, что у больных, принимающих ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), в том числе эналаприлат постоянно, артериальное давление снижалось «на игле», у не принимающих постоянно ингибиторы АПФ, артериальное давление снижалось в течение 10-20 минут. При этом систолическое и диастолическое артериальное давление снижались на 15-20% от исходного уровня, уменьшалась частота сердечных сокращений, осложнений не было, повторные вызовы не отмечались.

Заключение. Парентеральное применение эналаприлата в дозе 1,25 мг на догоспитальном этапе купирует гипертензивные кризы без осложнений. Парентеральное применение эналаприлата в лечении гипертензивных кризов позволит уменьшить длительность пребывания на вызовах бригад скорой медицинской помощи.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Э.Ф. Альмухамбетова, М.К. Альмухамбетов

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Целью работы явилось изучение нарушений функции внешнего дыхания и электрокардиографических показателей у детей в городе Алматы.

Материалы и методы. Для выполнения работы применен комплекс общеклинических и специальных методов исследования у больных хроническим бронхитом детей в возрасте до 14 лет, с рождения проживающих в городе Алматы.

Результаты. В группе обследуемых детей нарушения функции внешнего дыхания выявлены у большинства (86,7%) детей, из них в виде рестриктивных проявлений – 74,4% и смешанных – 25,6%.

На электрокардиограммах обследованных детей дыхательная аритмия отмечалась в 56,4% наблюдений. Частота сердечных сокращений в возрастной группе 7-11 лет составила (89,3± 2,5); в возрастной группе 12- 14 лет (72,4±9,4) в 1 мин (крайние значения этого показателя 55 –110 в 1 минуту). Величина систолического показателя у исследуемых детей составила (44,69± 4,06)%.

При рестриктивном и смешанном типах нарушения функции внешнего дыхания отмечается преимущественное преобладание вертикального положения электрической оси сердца (43,6%), нарушения внутрижелудочковой проводимости (12,8%), признаки миокардиодистрофии (10,3%).
Заключение:
У обследованных детей при рестриктивном и смешанном типах нарушения функции внешнего дыхания отмечается преобладание вертикальной электрической оси сердца, нарушения внутрижелудочковой проводимости, блокада правой ножки предсердно-желудочкового пучка, признаки миокардиодистрофии, что свидетельствует о наличии обменных нарушений в миокарде.

ТЕРАПИЯ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

М.К. Альмухамбетов, Э.Ф. Альмухамбетова
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Кома – наиболее значительная степень патологического торможения центральной нервной системы, характеризующаяся глубокой потерей сознания, отсутствием рефлексов на внешние раздражения и расстройством регуляции жизненно важных функций организма. По литературным данным, частота ком на догоспитальном этапе составляет 5,8 на 1000 вызовов, догоспитальная летальность составляет 4,4%. Комы, являясь острым патологическим состоянием, требуют неотложной терапии на как можно более ранних этапах [1, 2].
Диагностика коматозных состояний в большинстве случаев начинается на догоспитальном этапе и в связи с неотложностью ситуации осуществляется в сжатые сроки, часто без каких-либо данных лабораторных и инструментальных исследований. К ранней диагностике относится распознавание прекомы, а при состояниях с утраченным сознанием основными диагностическими задачами являются установление диагноза комы, оценка степени ее тяжести и определение наиболее вероятного этиологического диагноза, обосновывающего дальнейшую тактику неотложной помощи [3].
Целью работы явилось изучение терапии коматозных состояний на догоспитальном этапе на базе Городской станции скорой медицинской помощи города Алматы.
Материалы и методы исследования. Для проведения исследования был проведен ретроспективный анализ карт вызовов скорой медицинской помощи за 2010-2012 гг. Для этого разработана специальная карта, в которой фиксировались все показатели. Среднее время с момента вызова бригады скорой медицинской помощи до ее прибытия составляло 15 мин.
Результаты исследования показали, что наиболее частой причиной развития коматозного состояния являлся инсульт – 59%, на втором месте – передозировка наркотиков – 15%, далее гипогликемическая кома – 7%, черепно–мозговая травма – 3%, диабетическая кома - 3%, отравления медикаментами – 2%, алкогольная кома – 2%. Однако во многих случаях установить точную причину развития коматозного состояния на догоспитальном этапе не представлялось возможным, довольно часто причина комы оставалась невыясненной – 9%.
Тактика врача скорой медицинской помощи при комах неясной этиологии включала:
1. Поддержание адекватного состояния жизненно важных функций - санация дыхательных путей для восстановления их проходимости, установка воздуховода или фиксация языка, искусственная вентиляция легких с помощью маски или через интубационную трубку, коникотомия; кислородотерапия. При падении артериального давления проводилось капельное введение 1000–2000 мл 0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы или 400–500 мл декстрана с присоединением при неэффективности инфузионной терапии прессорных аминов – допамина, норадреналина. В случае комы на фоне артериальной гипертензии – проводилась коррекция повышенного артериального давления.
2. Иммобилизация шейного отдела позвоночника проводилась при любом подозрении на травму.
3.Диагностика нарушений углеводного обмена и кетоацидоза проводилась с использованием визуальных тест–полосок.
4. С дифференциально-диагностической и лечебной целью гипогликемических ком болюсом вводился 40% раствор глюкозы в количестве 20,0–40,0 мл.
5. С целью профилактики острой энцефалопатии Вернике, являющейся результатом дефицита витамина В1, усугубляющегося на фоне поступления больших доз глюкозы, особенно при алкогольном опьянении и длительном голодании болюсно вводились 100 мг тиамина (тиамина хлорид 5%-2 мл).
6. С лечебно–диагностической целью в качестве антидота вводился налоксон. Показаниями к введению налоксона служила частота дыханий менее 10 в мин, точечные зрачки, подозрение на интоксикацию наркотиками. Начальная доза налоксона 0,4–1,2 мг до 2 мг (внутривенно или эндотрахеально) с возможным дополнительным введением через 20–30 минут при повторном ухудшении состояния.
7. Симптоматическая терапия включала: нормализацию температуры тела (при переохлаждении – согревание больного и внутривенное введение подогретых растворов, при высокой гипертермии – гипотермия с помощью холодных компрессов на голову и крупные сосуды, обтираний холодной водой или растворами этилового спирта и столового уксуса в воде, препаратов из группы анальгетиков–антипиретиков); купирование судорог – введение диазепама в дозе 10 мг внутривенно или внутримышечно. При всех комах обязательно проводилась регистрация ЭКГ.
Выводы. Таким образом, неотложная терапия при всех комах проводилась в адекватном объеме незамедлительно. При всех комах обязательно проводилась немедленная госпитализация в реанимационное отделение, а при черепно–мозговой травме или субарахноидальном кровоизлиянии – в нейрохирургическое отделение.

Литература:
В.В.Городецкий, В.И.Скворцова, И.Ю.Демидова, А.В.Тополянский, В.А.Круглов. Недифференцированная терапия коматозных состояний на догоспитальном этапе// Русский медицинский журнал. -2001г. -№20.
В.В.Городецкий, А.Л.Верткин, М.И.Лукашов. Ведение больных с неуточненной комой на догоспитальном этапе//Consilium medicum.- 2007. –Т. 05. -№4.
А.А.Белкин, М.А.Кириченко, А.В.Бушуев, С.Н.Инюшкин. Единая система оказания помощи больным в коматозном состоянии//Скорая помощь. -2010. - №12.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СИФИЛИСА

С.В. Андреев, Н.П. Сетко, Л.Г. Воронина
ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Задачей современной профилактической медицины стоит в предупреждении и дальнейшем снижении распространенности заболеваний. В настоящее время система первичной профилактики сифилиса не учитывает изменившиеся региональные аспекты распространенности нозологии, социально-гигиенические риски в возникновении сифилиса.
Цель работы – оценить эффективность методических подходов в профилактике сифилиса.
Материалы и методы. В рамках проведения профилактических мероприятий в ВУЗах г. Оренбурга (ФГБОУ ВПО ОГУ, ФГБОУ ВПО ОГАУ, ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России) были проанализированы данные, полученные при двухэтапном анкетировании 450 студентов 1-2 курса обучения. Средний возраст респондентов составил 17,5 ±0,4 лет, среди которых 54% составили мужчины и 46% - женщины.
На первом этапе анкетирования производилась оценка информированности по вопросам этиологии, путях заражения сифилисом, методах профилактики, после которого все респонденты были разделены на 3 группы: с высоким уровнем информированности (группа 1) – более 85% правильных ответов, со средним уровнем информированности (группа 2) – 65-84% правильных ответов, и с низким уровнем (группа 3) – менее 65%. Затем группе 1 проводилось чтение лекции; в группе 2 – проведение круглого стола; в группе 3 – проведение тренинга с разбором ситуационных задач, обсуждение в тренинг-группе, разработкой собственного буклета в качестве раздаточного материала. На втором этапе проводилась повторная оценка знаний с использованием тестов повышенной сложности. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 10.1 с применением методов вариационной статистики. Достоверность различий двух независимых групп в случае равномерного распределения и допустимости использования параметрических методов производилась путем оценки t-критерия Стьюдента, при этом статистически значимыми считались $p<0,05$.
Результаты. По результатам анкетирования на первом этапе были получены следующие результаты – группа 1 – 12,2%, группе 2 – 55,6%, группа 3 – 32,2%. Наибольшее количество неверных ответов были даны на следующие вопросы: способы и пути заражения сифилисом, правила использования методов барьерных средств (70% и 66,8% соответственно не смогли ответить на все ответы правильно).
После проведения второго этапа анкетирования следует отметить, что статистически достоверное увеличение процента количества правильных ответов отмечалось во всех исследуемых группах. В группе 1 отметился наименьший прирост – на 5,6% ($p<0,05$), в группе 3 – прирост составил 21% ($p<0,05$), в группе 2 – 30,6% ($p<0,05$), при этом статистически достоверной разницы между группами 2 и 3 выявлено не было ($p=0,08$).
Выводы. Показан достаточно низкий уровень информированности студентов 1-2 курсов ВУЗов Оренбургской области по вопросам профилактики сифилиса, что требует изменения существующих методических подходов. Использование интерактивных методов профилактической работы с высоким уровнем привлеченности к процессу приводит к значительному повышению общего уровня информированности. Профилактическая работа должна проводиться дифференцировано с использованием различных методик в зависимости от целевой группы для улучшения результатов проводимых мероприятий.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА А.Н. СТРЕЛЬНИКОВОЙ – МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

И.М. Анохин, М.Н. Щетинин, А.Е. Северин
Православный лицей при Московской Патриархии, Москва, Россия
НИИ Туберкулеза, Москва, Россия
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Гимнастика, разработанная Александрой Николаевной Стрельниковой, применяется практически по всей нашей стране. Она пользуется заслуженной известностью и популярностью. Эффект от её применения достаточно устойчивый, хороший при заболеваниях органов дыхания (бронхиальной астме, хроническом бронхите, бронхите с астмоидным компонентов, при гипертонической болезни, синдроме обструктивного апноэ сна) и целом ряде других

заболеваний. Гимнастика широко применяется певцами и оказывает хорошее влияние на вокальные данные. Упражнения в гимнастике направлены на блокировании реберного дыхания и замене его на частое неглубокое произвольное диафрагмальное дыхание. Опытным путем выяснено, что эффект проявляется после 1000 – 1500 дыханий. Необходимый для этого интервал времени составляет всего 15-20 минут. При правильном выполнении упражнений практически отсутствует гипервентиляция и можно выполнять упражнения достаточно долго. Усталость не наступает даже после 30-40 и более минут занятий гимнастикой. Особенно хороший эффект достигается при групповых упражнениях. Где каждый занимающийся корректирует методику глядя на других лиц. Гимнастика позволяет снизить интенсивность приступов бронхиальной астмы, а при самом приступе погасить его. Для детей, страдающих заболеваниями дыхательной системы гимнастика просто панацея. В ходе доклада будут продемонстрированы упражнения дыхательной гимнастики А.Н.Стрельниковой, которые выполнит Михаил Николаевич Щетинин.

НАРУШЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

К.Ш. Амренова, М.Ж. Еспенбетова, Т. М.Беляева, Ш.Ш. Амренова
ГМУ, Семей, Республика Казахстан

Актуальность. Нарушение церебральной гемодинамики при артериальной гипертензии (АГ) занимает одну из важных проблем в течение данной болезни, часто (34-45%) разрешающихся острым нарушением мозгового кровообращения.
Цель. Определить сосудистые и биоэлектрические структуры головного мозга, наиболее часто подверженные поражениям при АГ.
Материал и методы. Изучение нарушений церебральной гемодинамики проводилось комплексным исследованием больных АГ с использованием 16–канальной ЭЭГ с компьютерной обработкой данных фирмы «НейроСофт», РФ. Контрольная группа состояла из практически здоровых людей в возрасте до 30 лет (n=20). I группа сравнения – больные с АГ I (n= 40), II группа - больные с АГ II (n=60), III группа - больные с АГ III (n=75).
Результаты обследования и обсуждение. При анализе результатов ЭЭГ в контрольной группе установлено, что ?–ритм представляет ритмические синусоидальные колебания частотой в левом полушарии 11,4+1,1Гц, амплитудой до 56,2+2,3мкВ, в правом полушарии частотой 11,6+0,9Гц, амплитудой до 57,4+1,8мкВ, веретенообразно модулированные, преимущественно в задних отделах мозга (P<0,05). Выявленные изменения не свидетельствует о возникновении патологии. В I группе биоэлектрическая активность головного мозга по сравнению с контрольной группой практически не изменилась. При пробе с открытыми глазами наблюдалась депрессия ?-ритма, при пробе с закрытыми глазами ритм полностью восстанавливался. При пробе с гипервентиляцией амплитуда ?-ритма уменьшилась на 18,7+9,7%, а индекс увеличивался на 7,8+1,2 %. Во II группе (АГ 2 стадии) произошли изменения по сравнению с контролем, свидетельствующие о вовлечении в процесс стволовых структур мозга. Наблюдается устойчивое снижение амплитуды ?–ритма, в ряде наблюдений отмечается межполушарная асимметрия (43%, n=36 больных). В III группе у больных в остром периоде нарушения мозгового кровообращения при регистрации ЭЭГ отмечено сохранность редуцированного ?-ритма, резкое увеличение ?-колебаний, появление волн медленного диапазона и островолновой активности.
Выводы. Биоэлектрическая активность головного мозга зависит от степени и локализации поражения. Ирритативные общемозговые изменения ЭЭГ обычно коррелируют с неврологическими проявлениями болезни. Выраженность изменения ЭЭГ зависит от влияния поражения на подкорковые ядра и стволовые образования и подразумевает необходимость комплексного исследования (ангиография, ЭхоЭЭГ, РЭГ) для освещения вопросов дифференциального диагноза.

ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОК СЕВЕРНОГО МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В РАЗНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА

Л.Р. Ахмадулина, М.Ф. Жеманой, А.А. Попова
БУВО ХМАО - Югры Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Россия

Обучение в высшем учебном заведении связано со значительными учебными нагрузками, которые негативно отражаются на психофункциональном состоянии студентов. На студентов, обучающихся в условиях северных территорий, наряду с факторами учебного процесса, воздействуют также суровые климатогеографические условия, среди которых недостаток освещенности в зимнее время и его избыток в весенне-летний период [2]. Для территории Ханты-Мансийского автономного округа характерен измененный фотопериод: длительный зимний сезон с укороченным световым днем, короткое лето с «белыми» ночами. Природно-климатические факторы ХМАО-Югры и специфика образовательного процесса в медицинском вузе отражаются на субъективном самочувствии студентов. В силу физиологических и психологических особенностей, психофункциональное состояние девушек более лабильно.
Исходя из этого, целью работы было исследование сезонной динамики психофункционального состояния студенток северного медицинского вуза.

Для реализации цели, были поставлены задачи: выявить показатели самочувствия, активности, настроения и ситуативной тревожности студенток в осенний период; исследовать величины этих показателей в зимнее и весеннее время; оценить сезонные изменения психофункционального состояния студенток.

Материалы и методы. Исследование состоялось в 2013-2014учебном году. Оно включало три этапа: 1 этап проходил в октябре 2013 г., 2 этап – в декабре 2013 г., 3 этап – в марте 2014 г. В исследовании участвовали студентки лечебного факультета Ханты-Мансийской государственной медицинской академии, 38 девушек (средний возраст 18,63±0,63 г.) (здесь – M±SD). Психофункциональное состояние студенток исследовали при помощи опросника САН, который представляет собой разновидность опросников состояний и настроений и позволяет оценить самочувствие, активность, настроение респондентов [5]. При диагностике состояния обследуемого о благоприятном функциональном психоэмоциональном состоянии свидетельствуют оценки, превышающие 4 балла; об оптимальном - лежащие в диапазоне 5,0-5,5 балла; о неблагоприятном состоянии говорят оценки ниже 4 баллов [4]. Уровень ситуативной тревожности определяли при помощи шкалы Спилбергера-Ханина [3]. Если сумма баллов не превышает 30, уровень тревожности оценивают как низкий; при сумме баллов 31-45 говорят о среднем уровне тревожности; при 46 баллах и более – уровень тревожности высокий.

Для статистической обработки результатов использовали программуStatistica-8. Проверку нормальности распределения производили методами Колмогорова-Смирнова, Лиллиефорса и Шапиро-Уилки. Для проверки статистических гипотез применяли непараметрический метод–тест Манна-Уитни. Для описания выборочного распределения использовали: для нормального распределения – среднее значение (M), стандартное отклонение (SD), стандартную ошибку среднего (SEM); для распределения, не подчиняющегося нормальному, – медиану (Me), первый (Q1) и третий (Q3) квартили. Критический уровень значимости (p) принимался равным 0,05 [1].

Полученные результаты. Нормальному распределению подчинялись 10 показателей из 15, поэтому данные представлены в виде медианы (Me), первого (Q1) и третьего (Q3) квартилей. Показатели, полученные на 2-м (зима) и 3-м (весна) этапах, сопоставляли с данными 1-го этапа (осень).

Самочувствие определяется как комплекс субъективных ощущений, отражающих степень физиологической и психологической комфортности состояния человека, направление мыслей, чувств и т.п. [4].Показатели самочувствия девушек значимо повышались от 1 этапа (осень) (4,50 (4,50–5,90) баллов) ко 2-му (зима) (4,65 (3,90–5,20) баллов) (p=0,028) и к 3-му (весна) (5,75 (5,00–6,20) баллов) (p=0,035) (здесь и далее - Me (Q1-Q3)).

Активность выступает как всеобщая характеристика живых существ, включающая физическую, нервно-психическую активность, активность сознания, и др. Активность рассматривают как проявление темперамента; она определяется интенсивностью и объемом взаимодействия человека с физической и социальной средой [4, 5]. Показатели активности студенток не изменялись от 1-го этапа ко 2-му, значимо возрастая весной на 3-м этапе исследования (p=0,017) (соответственно 4,50 (3,60–5,40), 4,45 (3,80–5,00) и 5,0 (4,50–5,70) баллов).

Настроение – сравнительно продолжительное, устойчивое состояние человека, которое может быть представлено как эмоциональный фон, либо как четко идентифицируемое состояние. Оно проявляется в особенностях эмоционального отклика на внешние воздействия [4]. Настроение студенток, в сравнении с 1-м этапом, значимо ухудшалось на зимнем этапе исследования (2 этап) (p=0,046), снова повышаясь на 3-м этапе. Значения составили: осень - 5,35 (4,40–6,30), зима - 4,80 (4,30–5,60), весна - 5,85 (4,90–6,50) баллов.

Для общего показателя выявили значимое повышение от 1-го к 3-му этапу (p=0,016). Его величины составили: осень - 4,90 (4,33–5,80), зима - 4,64 (4,10–5,37), весна - 5,44 (4,80–6,07) баллов.

Для оценки психофункционального статуса важны как значения отдельных показателей, так и их соотношение. Благоприятное состояние чаще всего характеризуется сопоставимыми оптимальными значениями активности, настроения и самочувствия. Превышение показателей настроения над значениями самочувствия и активности может свидетельствовать об усталости респондента. Такая картина наблюдалась в осеннем периоде. В зимнем периоде соотношение между показателями студенток выравнивается, но за счет ухудшения настроения. В весеннем сезоне показатели самочувствия и настроения девушек превышали верхнюю границу оптимального диапазона, что свидетельствует об их перевозбуждении, которое может привести к переутомлению [цит. по 2].

Для ситуативной (реактивной) тревожности характерны беспокойство, напряжение, нервозность [3]. Определенный уровень тревожности оценивается как оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги». Значения медианы на всех трех этапах исследования соответствовали среднему уровню тревожности. При этом уровень ситуативной тревожности студенток в сравнении с 1 этапом значимо повышался в зимний период (p=0,019) и существенно снижался в весенний (p=0,021). Значения уровня ситуативной тревожности составили: осень - 38,50 (33,00–49,00) баллов, зима - 43,50 (38,00–54,00) баллов, весна - 33,50 (28,00–41,00) баллов (Me (Q1-Q3)).

Таким образом, для всех исследованных показателей САН обнаружили положительную динамику от 1-го этапа исследования (осень) к3-му (весна). В весеннем периоде значения медиан данных самочувствия и настроения превышали верхнюю границу оптимальных значений, что может говорить о перевозбуждении студенток. Это совпадает с литературными данными о возбуждающем воздействии на психоэмоциональную сферу человека увеличения длительности светового дня [цит. по 2]. Ранее в исследовании И.А.Варенцовой и др. (2011) было обнаружено повышение личностной и ситуативной тревожности в период полярных ночей [2]. В нашем исследовании в зимнем периоде у студенток обнаружили значимое снижение настроения, что может быть связано с существенным повышение муровня их ситуативной тревожности.

Выводы. 1. В зимний период, считающийся наиболее неблагоприятным в условиях резкого ограничения естественной инсоляции, у студенток обнаружили наиболее низкие показатели настроения и высокий уровень ситуативной

тревожности; уровень активности существенно не изменялся; значения самочувствия увеличивались в сравнении с осенними показателями.
2. Для весеннего периода определили наиболее низкий уровень ситуативной тревожности. Превышение показателей самочувствия и настроения верхней границы диапазона оптимальных значений говорит о перевозбуждении студенток, которое может привести к переутомлению.

Литература

1. А.Бююль. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей / А.Бююль, П.Цефель. – СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2005. – 608 с.
2. И.А.Варенцова. Сезонное изменение психофункционального состояния студентов с разным типом вегетативной регуляции сердечного ритма / И.А.Варенцова, В.Н.Чеснокова, Л.В.Соколова // Экология человека. – 2011. – №2 . – С.47–52.
3. Д.Я.Райгородский. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я.Райгородский. – Самара: Издательский Дом «БАХРАМ-М», 2009. – 672 с.
4. http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/2010-06-27-00-11-34/64-san [Электронный ресурс].
5. http://psylab.info/Опросник_»Самочувствие,_активность,_настроение» [Электронный ресурс] Дата обращения 04.04.2014.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОЗВОНОЧНИКА С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА ГРАВИСЛАЙТЕР-СПОРТ КАК ФАКТОРА ПРОФИЛАКТИКИ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА

К.Ш. Ахмерова, Ю.В. Матюнина, А.В. Фадеев
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия
ГКУ Центр спортивных инновационных технологий и сборных команд» Департамента физической культуры и спорта г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Профилактика спортивного травматизма является одной из важных проблем не только спортивной медицины, но и всего здравоохранения России. Одним из рациональных способов профилактики нарушений в позвоночнике является медицинская диагностика на ранних стадиях, так называемых слабых звеньев адаптации и симптомов дезадаптации позвоночника к нагрузкам на различных этапах подготовки спортсменов, что позволяет провести индивидуальную коррекцию и предупредить формирование предпатологических и патологических состояний всего опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования. Проанализировать и систематизировать критерии оценки биомеханических ограничений движений позвоночника, статистически обосновать эффективность применения гравитационной терапии с помощью аппаратов Гравислайдер-спорт для спортсменов. В спортивной ортопедии оценка функционального состояния позвоночника является одной из ключевых составляющих диагностики, поскольку позвоночник, - это тот базовый элемент мышечно-скелетной системы, без которого невозможно сохранение устойчивого положения тела в пространстве. Также это важная составляющая физической выносливости как фактора продления спортивного долголетия в олимпийском спорте.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели была разработана медицинская программа обследования спортсменов, в которую вошли: тестирование спортсменов с помощью методов врачебного контроля для определения функционального состояния позвоночника в течение всего тренировочного периода, анализ состояния позвоночника спортсмена после начала курса гравитационной терапии на аппарате "Гравислайдер-спорт". Критериями включения в исследование являлись: подписанное пациентом информированное согласие, уровень нарушений в позвоночнике не менее 20% по шкале Индекса функционального состояния позвоночника спортсменов (ИФСПС). О функциональном состоянии организма можно судить по данным оценки опорно-двигательного аппарата, переносимости тренировочных, соревновательных и восстановительных воздействий, наблюдений врача и тренера. Еженедельный учет и анализ позволяет своевременно обнаружить отклонения от намеченного плана и внести необходимые коррективы. На кафедре мануальной терапии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова совместно со специалистами ГКУ «ЦСТ и СК» Москомспорта был отработан комплекс медицинских методик, направленных на профилактику профессионального травматизма методами диагностики состояния позвоночника и гравитационной терапии на примере спортсменок сборных команд г. Москвы по футболу в порядке статистической значимости. Исследование проводилось в течение шести месяцев, в нем принимали участие 48 респондентов – футболисток, возраст девушек от 14 до 20 лет (средний возраст 17±3 года), стаж занятий спортом не менее 5 лет (средний стаж 9±4 года) и спортивная квалификация не ниже 1 спортивного разряда (34 кандидата в мастера спорта, 14 спортсменок с первым разрядом). Средний уровень функциональных нарушений в позвоночнике составлял к началу исследования не менее 20% (в среднем45±25%) по шкале ИФСПС. Была определена экспериментальная группа - 24 человека и контрольная группа - 24 спортсменки.

В экспериментальной группе 24 футболистки проходили курс гравитационной терапии на аппарате Гравислайдер-спорт во время тренировочного периода и на соревнованиях. В основе лечебного метода гравитационной терапии стоит воздействие на организм человека вытягивающих усилий, создаваемых за счет естественной гравитации с помощью специального медицинского оборудования. Основными действующими физическими факторами устройства «Гравислайдер-спорт» является сочетанное воздействие пассивной декомпрессии позвоночника и дозированной физической нагрузки на нижние конечности с помощью установленного внутри вибрационного устройства.

Конструктивные особенности аппарата «Гравислайдер-спорт» позволяют направленно воздействовать на конкретные структуры организма человека, вызывая наибольшие изменения со стороны подвижных тканей, в первую очередь опорно-двигательного аппарата. При этом происходит перераспределение мышечного тонуса и оптимизация двигательного стереотипа. Установлено, что в механизме положительного влияния гравитационной терапии большое значение придается ее тракционному воздействию на позвоночник, создавая тем самым декомпрессию в патологическом очаге. Воздействие направлено на купирование воспаления в тканях, разгрузку позвоночника, снятие явлений отека в межпозвонковых дисках и паравертебральных структурах, устранение патологических деформаций позвоночника. Курс гравитационной терапии на протяжении 3 месяцев состоял из 12 сеансов 1 раз в неделю продолжительностью 30 минут.

Контрольной группе из 24 спортсменок для лечения болевого синдрома использовали только традиционную медикаментозную терапию.

Порядок применения спортивным врачом медицинского контроля состояния позвоночника посредством Индекса функционального состояния позвоночника спортсменов (ИФСПС), который состоит из нескольких медицинских тестов:

Структура ИФСПС.

ИФСПС состоит из трех разных шкал, позволяющих оценить:

1. Ограничение жизнедеятельности, обусловленное проблемами позвоночника;
2. Трудности, возникающие в повседневной жизни из-за проблем с позвоночником;
3. Интенсивность боли в позвоночнике, возникающей в различное время суток при различных обстоятельствах.

Раздел 1 – ограничение жизнедеятельности. В левой части опросника имеется серия из пяти вопросов, имеющих отношение к ограничению жизнедеятельности, вызванной нарушением функции позвоночника, например: «сколько дней за прошедшую неделю Вы были вынуждены оставаться в постели (не выходить из дома; ограничивать свою активность) из-за проблем с позвоночником?» Респонденту предлагается оценить ограничение жизнедеятельности в баллах от 0 до 9, поставив соответствующую цифру в пустое поле сразу после вопроса (см. приложение). Следующее пустое поле оставлено для того случая, когда спортсмен не может ответить на вопрос и пропускает раздел; в таком случае в этом разделе ставится прочерк.

Раздел 2 – трудности в повседневной активности. В этом разделе в левой части опросника имеется серия из девяти других вопросов, ответ на которые предполагает оценку трудностей, возникающих у спортсмена в повседневной активности: при вставании со стула, при поднятии тяжестей и тому подобных ситуациях. Оценку проводит сам спортсмен так же, как и в 1 разделе.

Раздел 3 – боль в позвоночнике. Этот раздел позволяет оценить интенсивность боли в позвоночнике в различное время суток (утром, перед тем как встать на ноги; вечером, в конце дня) и при различных обстоятельствах, например: при ходьбе, стоя, при применении гравитационной терапии. Таким образом, в ИФСПС предусмотрена оценка эффективности гравитационного лечения с использование аппарата Гравислайдер-спорт.

Использование индекса и расчет числа баллов.

В клинических и научных исследованиях можно использовать как всю шкалу целиком, так и ее отдельные шкалы (1,2,3). Индекс функционального состояния позвоночника спортсменов (ИФСПС) рассчитывается по формуле: число полученных баллов / число возможных баллов × 100%. Если, например, при заполнении раздела 1 набрано 28 баллов, то Индекс для 1 раздела будет равен $\frac{28}{45} \times 100\% = 62{,}22\ \%$. (Число 45 получено следующим образом: в 1 разделе всего 5 вопросов. Максимальный балл, который можно набрать, ответив на 1 вопрос = 9. Максимальный балл, который можно набрать, ответив на все 5 вопросов, соответственно = 5 × 9 = 45). Если один или два раздела пропущены (например, спортсмен не проходил курс гравитационной терапии и он, естественно, не может оценить интенсивность боли, когда он ходит или стоит), то Индекс рассчитывается по той же формуле: число полученных баллов / число возможных баллов × 100%. Так, если при заполнении 3 раздела набрано 28 баллов, и пропущены 2 раздела из 9, то Индекс для 3 раздела будет равен $\frac{28}{63} \times 100 = 44{,}44\ \%$ (где 63 – максимальное число баллов, которое можно получить при ответе на 7 из 9 вопросов). При расчете Индекса для всей шкалы суммируются Индексы, полученные для каждого из трех разделов.

Приложение.

Индекс функционального состояния позвоночника спортсменов (ИФСПС).

Индекс функционального состояния позвоночника спортсменов: 1. Ограничение жизнедеятельности.

Ф.И.О._____ Число баллов_____

Дата ___/___/_____ Подпись ____

Пожалуйста, прочтите внимательно вопросы и ответьте на каждый из них, поставив в свободное поле цифру от 0 до 9, которая точнее всего соответствует Вашему состоянию за последнюю неделю.

Ни разу 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Постоянно

Сколько раз за последнюю неделю...

Вы испытывали затруднения при ходьбе?

Вы испытывали затруднения при беге?

Вы не могли выйти на улицу и оставались дома из-за проблем с позвоночником?

Вы пропускали тренировки и соревнования из-за проблем с позвоночником?

Вам приходилось ограничивать Вашу повседневную активность из-за проблем с позвоночником?

Индекс = числу баллов/число возможных баллов × 100% = _____

Индекс функционального состояния позвоночника спортсменов: 2. Ограничение жизнедеятельности (продолжение).
Пожалуйста, прочтите внимательно вопросы и ответьте на каждый из них, поставив в свободное поле цифру от 0 до 9, которая точнее всего соответствует Вашим трудностям, вызванным проблемами со стопой (стопами) за последнюю неделю.
Никаких трудностей 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Невозможно выполнить
Насколько трудно Вам было за последнюю неделю...
При ходьбе?
При беге?
Пройти более 1000 метров?
Подниматься по ступенькам?
Спускаться со ступенек?
Сгибаться в позвоночнике?
Подниматься со стула?
Поднимать тяжести более 3 килограмм?
Бежать или быстро идти?
Индекс = числу баллов/число возможных баллов × 100% = _____
Индекс функционального состояния позвоночника спортсменов: 3. Боль.
Пожалуйста, прочтите внимательно вопросы и ответьте на каждый из них, поставив в свободное поле цифру от 0 до 9, которая точнее всего соответствует интенсивности Вашей боли в стопе (стопах) за последнюю неделю.
Боли нет 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Сильнейшая, какую только можно представить
Насколько сильной была Ваша боль в позвоночнике за последнюю неделю:
Наихудшая боль?
Утром, перед тем, как Вы встали с постели?
Когда Вы ходили?
Когда Вы стояли?
Когда Вы поднимали тяжести весом более 3 килограмм?
Когда Вы сгибались в позвоночнике?
При ходьбе после курса гравитационной терапии?
Стоя после курса гравитационной терапии?
В конце дня?
Индекс = числу полученных баллов/число возможных баллов × 100% = ___

Результаты. В экспериментальной группе за 3-месячный цикл к концу курса гравитационной терапии на основании суммарной оценки ИФСПС выраженной профессиональной патологии, характерной для начала курса гравитационной терапии, не отмечено. Анализ показателей индекса ИФСПС в динамике выявил следующие изменения: отмечено снижение показателей ИФСПС по всем трем субшкалам к 90-му дню исследования – боль с 45±25% до 10±5%; ограничение жизнедеятельности с 60±20% до 15±5%. Кроме того, отмечено дальнейшее снижение ИФСПС после курса гравитационной терапии в период наблюдения (180 день исследования).
В контрольной группе к концу трехмесячного курса медикаментозной терапии с учетом суммарной оценки ИФСПС и клинических симптомов была выявлена значимая профессиональная патология позвоночника у 8 спортсменок (33%). Заболевания распределились следующим образом:
1.Дорсопатия поясничного отдела позвоночника с умеренным болевым синдромом - 3 спортсменки;
2.Остеохондроз позвоночника с умеренным ограничением объема движений в поясничном и шейном отделах позвоночника - 5 спортсменок;
Другой значимой патологии позвоночника выявлено не было.
Обсуждение. Наличие Индекса функционального состояния позвоночника спортсменов (ИФСПС) позволит использовать Индекс широкому кругу спортивных специалистов, имеющих дело с нарушением функции позвоночника в различных видах спорта. ИФСПС был использован в 12 исследованиях, проведенных в разных видах спорта для оценки эффективности консервативных методов реабилитации позвоночника, включающих, в том числе, назначение гравитационной терапии на аппарате Гравислайдер-спорт. Эффективность гравитационной терапии зависит от множества факторов: 1) характера заболевания; 2) степени деформации позвоночника; 3) вида спорта и характера нагрузок и т.д. Владение этой информацией, знакомство со шкалой ИФСПС, несомненно, позволит спортивному врачу улучшить точность диагностики и эффективность лечения своих пациентов.
Выводы. Представленный Индекс функционального состояния позвоночника спортсменов (ИФСПС) готов к применению в спортивной медицине, исследование можно проводить спортсменам в разных видах спорта при любых изменениях состояния позвоночника. Можно констатировать, что оценка срочного и отставленного эффектов специальной биомеханической коррекции скелетно-мышечной системы спортсмена методом гравитационной терапии на аппарате «Гравислайдер-спорт» дает возможность судить о направленности и эффективности нагрузки, степени ее переносимости и скорости протекания процессов восстановления с учетом индивидуальных особенностей показателей опорно-двигательного аппарата. Систематическое применение коррекционных гравитационных методик в системе комплекса мер по профилактике профессиональных заболеваний в спорте с учетом оценки функционального состояния позвоночника спортсменов создает условия для более рационального планирования методов тренировки и расширения возможностей медицинского контроля в спорте.

Список литературы:
А.В. Фадеев, Ю.В. Матюнина. Комплексная гравитационная терапия и электротерапия остеохондроза позвоночника у спортсменов как фактора профилактики спортивного травматизма. //Сборник трудов научно-практической конференции «Инновационные технологии в подготовке спортсменов», ГКУ «Центр спортивных инновационных технологий и подготовки сборных команд» Москомспорта. – М., 2013. – С. 38.
А.В. Фадеев, Ю.В. Матюнина. Комплексное использование методов мануальной терапии и аппарата для вытяжения позвоночника в лечении хронических дорсопатий у спортсменов как фактора профилактики спортивного травматизма.

// Сборник трудов 5 Всероссийского съезда врачей мануальной медицины «Актуальные вопросы мануальной терапии-2013». – М., 2013. – С.11–12.
Образовательный сайт экспериментальной научно-исследовательской лаборатории гравитационной биомеханики Гравислайдер-спорт
www.manualist.ru

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА СПОРТСМЕНОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА «ГРАВИСЛАЙДЕР-СПОРТ» КАК ФАКТОРА ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СПОРТЕ

К.Ш. Ахмерова, Ю.В. Матюнина, А.В. Фадеев
ГКУ «Центр спортивных инновационных технологий и сборных команд» Департамента физической культуры и спорта г. Москвы, Москва, Россия
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Прямые показания для проведения экспертизы по установлению связи выявленных заболеваний и последствий травм со спортивной профессией имеют более 53% активно занимающихся спортсменов и 40 % состоящих на диспансерном учете по поводу хронического заболевания. Одним из рациональных способов профилактики нарушений в позвоночнике является медицинская диагностика на ранних стадиях, так называемых слабых звеньев адаптации и симптомов дезадаптации позвоночника к нагрузкам на различных этапах подготовки спортсменов, что позволяет провести индивидуальную коррекцию и предупредить формирование предпатологических и патологических состояний всего опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования. Проанализировать и систематизировать критерии оценки биомеханических ограничений движений позвоночника, статистически обосновать эффективность применения гравитационной терапии с помощью аппаратов "Гравислайдер-спорт" для спортсменов.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели была разработана медицинская программа обследования спортсменов, в которую вошли: тестирование спортсменов с помощью методов врачебного контроля для определения функционального состояния позвоночника в течение всего тренировочного периода, анализ состояния позвоночника спортсмена после проведения курса гравитационной терапии на аппарате "Гравислайдер-спорт". На кафедре мануальной терапии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова совместно со специалистами ГКУ «ЦСТ и СК Москомспорта» было проведено обследование спортсменок молодежной сборной команды г. Москвы по футболу в порядке статистической значимости. Исследование проводилось в течение шести месяцев, в нем принимали участие 48 респондентов – футболисток, возраст девушек от 14 до 20 лет (средний возраст 17±3 года), стаж занятий спортом не менее 5 лет (средний стаж 9±4 года) и спортивная квалификация не ниже 1 спортивного разряда (34 кандидата в мастера спорта, 14 спортсменок с первым разрядом). Средний уровень функциональных нарушений в позвоночнике составлял к началу исследования не менее 20% (в среднем 45±25%) по шкале индекса функционального состояния позвоночника спортсменов (ИФСПС). Была определена экспериментальная группа - 24 человека и контрольная группа - 24 спортсменки.

Результаты. В экспериментальной группе за 3-месячный цикл к концу курса гравитационной терапии на основании суммарной оценки ИФСПС выраженной профессиональной патологии, характерной для начала курса гравитационной терапии, не отмечено. Анализ показателей индекса ИФСПС в динамике выявил следующие изменения: отмечено снижение показателей ИФСПС по всем трем субшкалам к 90 дню исследования – боль с 45±25% до 10±5%; ограничение жизнедеятельности с 60±20% до 15±5%. Кроме того, отмечено дальнейшее снижение ИФСПС после курса гравитационной терапии в период наблюдения (180 дней исследования). В контрольной группе к концу трехмесячного курса медикаментозной терапии с учетом суммарной оценки ИФСПС и клинических симптомов была выявлена значимая профессиональная патология позвоночника у 8 спортсменок (33%).

Выводы. Представленный Индекс функционального состояния позвоночника спортсменов (ИФСПС) готов к применению в спортивной медицине, исследование можно проводить спортсменам в разных видах спорта при любых изменениях состояния позвоночника. Можно констатировать, что оценка срочного и отставленного эффектов специальной биомеханической коррекции скелетно-мышечной системы спортсмена методом гравитационной терапии на аппарате «Гравислайдер-спорт» дает возможность судить о направленности и эффективности нагрузки, степени ее переносимости и скорости протекания процессов восстановления с учетом индивидуальных особенностей показателей опорно-двигательного аппарата.

ИННОВАЦИОННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА

К.Ш. Ахмерова, Ю.В. Матюнина, А.В. Фадеев

ГКУ «Центр спортивных инновационных технологий и сборных команд» Департамента физической культуры и спорта г. Москвы, Москва, Россия

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Профилактика спортивного травматизма является одной из важных проблем спортивной медицины. В отдельных видах спорта травматизм ломает карьеру до 60 - 70% выдающихся спортсменов и перспективных спортсменов на пике своего подъема. Одним из способствующих травматизму факторов является дезадаптация скелетно-мышечной системы спортсмена. Функциональные блоки развиваются при длительном воздействии на позвоночный столб повышенных физических нагрузок в спорте. Впоследствии у атлета формируется неоптимизированный двигательный стереотип, особенно если нагрузка фокусируется на каком-нибудь ограниченном участке позвоночника. Одним из частых симптомов дезадаптации являются боли в поясничном отделе позвоночника – дорсопатии, которые требуют проведения дифференцированной диагностики и реабилитационных мероприятий.

Цель исследования. Выявление взаимосвязи анатомических особенностей позвоночного столба с функциональным состоянием скелетно-мышечной системы у спортсменов в процессе гравитационной терапии на аппарате «Гравислайдер-спорт».

Материалы и методы. На кафедре мануальной терапии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова совместно со специалистами ГКУ «ЦСТ и СК Москомспорта» был отработан комплекс медицинских методик, направленных на профилактику профессионального травматизма компьютеризированными методами диагностики состояния позвоночника и гравитационной терапии на примере спортсменов мужских сборных команд г. Москвы по футболу в порядке статистической значимости. Исследование проводилось в течение трех месяцев, в нем принимали участие 42 спортсмена, возраст от 12 до 18 лет (средний возраст 15±3 года), стаж занятий спортом не менее 5 лет (средний стаж 8±3 года) и спортивная квалификация не ниже 2 спортивного разряда (7 кандидатов в мастера спорта, 14 спортсменов с первым и 21 со вторым разрядом). Средний уровень функциональных нарушений в позвоночнике составлял к началу исследования не менее 25% (в среднем 40±15%) по шкале индекса функционального состояния позвоночника спортсмена (ИФСПС). Была определена экспериментальная группа - 21спортсмен и контрольная группа - 21человек. В экспериментальной группе комплексная реабилитация включала базовый курс гравитационной терапии, в контрольной группе использовалась традиционная медикаментозная терапия и ЛФК.

В экспериментальной группе одновременно с курсом гравитационной терапии проводились обследования методами компьютерной оптикометрии на аппарате «ТОДП» и электропунктурной диагностики состояния паравертебральных биологически активных точек с помощью лечебно-диагностического комплекса «ДиаДЭНС-ПК». Кроме того, 11 пациентов экспериментальной группы имели результаты рентгенографии и магнитно-резонансной томографии позвоночника. После проведения курса лечения из 10 ежедневных процедур в течение 30-40 минут каждая вновь было проведено повторное комплексное обследование. Статистическая обработка результатов велась с использованием факторного и корреляционного анализа.

Результаты и их обсуждение. Оценку результатов проводили по совокупности данных электропунктурной диагностики состояния паравертебральных биологически активных точек: основные интегральные коэффициенты (ОИК1 – ОИК4), дополнительные коэффициенты функциональной компенсаторной нагрузки (КФКН1-КФКН3), дополнительные коэффициенты функциональной поперечной и боковой нагрузки на отдельные двигательные сегменты (ДС1-ДС24) и компьютерной оптикометрии: высота и углы лордоза и кифоза, коэффициент соотношения грудного кифоза к поясничному лордозу, угол наклона крестца в сагиттальной плоскости и показатели сколиотических дуг (LA, P, D, ID).

По результатам статистической обработки было выявлено, что коэффициент ОИК2 функциональной боковой нагрузки слабо коррелирует (0,06-0,08) с топографическими показателями сколиотической деформации: углами латеральной асимметрии и ротации, что скорее всего связано с относительной стабильностью процесса. В то же время, корреляция между КФКН2 и ID (соотношение транспозиционной и дуг) составляет 0.44. В большей степени коррелируют топографические показатели LA, P, D с дополнительные коэффициентами поперечной и боковой нагрузки в зависимости от локализации искривления. Таким образом, наличие нормальных показателей КФКН2 и дополнительных коэффициентов функциональной компенсаторной нагрузки по электропунктурной диагностике при наличии диагностированной сколиотической дуги позволяет в подборе реабилитационных мероприятий практически не использовать поддерживающие ортезы и бандажи. И, наоборот, нарушение постурологии в виде боковой перегрузки даже при небольшой дуге обязывает добавлять в лечение специальные корригирующие мероприятия. Контрольные обследования у экспериментальной группе после проведения гравитационной терапии показало улучшение (или нормализацию) коэффициентов ОИК2, КФКН2, КФКН3. Нарушение соотношения физиологических изгибов и угол наклона крестца коррелируют с ДС4, ДС8, ДС19, ДС24. Анализ выраженности физиологических изгибов и результатов магнитно-резонансной томографии позволил выявить следующую закономерность: при уплощении поясничного лордоза наиболее часто протрузии (грыжи) определяются в области L1-2 и L2-3, а при гиперлордозе - в области L4-5 и L5-S1. Проведенные исследования выявили прямую связь между выраженностью поясничного лордоза и величиной пояснично-крестцового угла с болями в поясничном отделе и с наличием межпозвонковых протрузий и грыж. Данные электропунктурной диагностики также подтверждают эти зоны

перегрузки по дополнительным коэффициентам. Коррекция поясничного гиперлордоза процедурами гравитационной терапии на аппарате «Гравислайдер-спорт», помимо субъективного улучшения самочувствия и улучшения топографических показателей приводит к нормализации состояния биологически активных точек.

Выводы. Изучение функционального состояния позвоночного столба методом электропунктурной диагностики состояния паравертебральных биологически активных точек в сочетании с определением анатомической формы позвоночника с помощью компьютерной оптикометрии позволяют говорить об эффективности метода гравитационной терапии как фактора комплексной профилактики спортивного травматизма.

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ III КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Н.К. Ахметова, Р.Н. Жамирова, А.К. Серикбаева

Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Здоровье учащихся высших образовательных учреждений в настоящее время является социально-значимым показателем медико-демографической характеристики населения, так как частая заболеваемость приводит к уменьшению эффективности учебной, а впоследствии, и профессиональной деятельности. Одним из методов изучения состояния здоровья является анкетирование.

Целью работы явилось изучение состояния здоровья студентов III курса, обучающихся в медицинском университете по специальности сестринское дело.

Материал и методы. Опрошено 16 студентов III курса по специальности сестринское дело методом анкетирования. Для выполнения поставленной задачи нами была разработана анкета, включающая 13 вопросов по оценке состояния здоровья студентов.

Полученные результаты. Активный образ жизни ведут 70 % опрошенных лиц - занимаются спортом. Вредные привычки отмечены у 3,7% молодых людей. При анализе времени, затрачиваемого на подготовку к занятиям, определено, что 60% студентов III курса, обучающихся по специальности сестринское дело, затрачивают в среднем 3,5 часа на самостоятельную работу. Большинство студентов (60%) питаются два-три раза в день, а половина из обследованных болеют около трех раз в год. У трети обследованных молодых людей имелись различные заболевания. Большинство студентов проходят медицинские обследования 2 раза в год.

Выводы. Активный образ жизни, включая занятия спортом, ведут 70% опрошенных лиц, а у 94% студентов не было приверженности к вредным привычкам. Большая часть студентов питаются регулярно (60%). У 30% из них имелись различные хронические заболевания, по поводу которых они проходят медицинские обследования 1-2 раза в год.

ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С РАЗНЫМ ОСНОВНЫМ ОБМЕНОМ ЭНЕРГИИ, КАК УРОВЕНЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

В.В. Бабий, Р.М. Дубовой

Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ, Ставрополь, Россия

Актуальность исследования. Потенциал физической работоспособности организма зависит от функциональной возможности сердечно сосудистой системы (ССС), от обмена веществ и энергии и ряда других факторов.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между физической работоспособностью и функциональной возможностью ССС у людей с различным должным основным обменом энергии. Клиническая база: кафедра медицинской реабилитации Ст.ГМУ. В исследовании приняли участие 70 студентов 1- 4 курса Ст.ГМУ, в возрасте 17-21 года, женского и мужского пола. Исследование проводилось натощак в условиях комфорта.

Методики исследования:

1. Расчёт должного основного обмена (ДОО) по таблицам Гарриса и Бенидикта.
2. Вычисления отклонения фактического основного обмена по формуле Фрида.
3. Определение физической работоспособности по индексу Гарвардского степ-теста.

Статистические методы: метод Стьюдента.

Результаты. Все испытуемые (70 чел.) распределились на 3 группы: а) 18 чел. (26%) с нормой должного основного обмена энергии (дОО), из них: женщин - 16 чел. (29%), мужчин - 2 чел. (13%); б) с повышенным дОО - 33 чел. (47%): 24 женщины (44%) и 9 мужчин (60%) в) с пониженным дОО — 19 чел. (27%), 15 женщин (27%) и 4 мужчины (27%).

В группе с нормой дОО обнаружено повышение процента отклонения фактического дОО энергии — у мужчин до 100% , а у женщин — наоборот, в сторону снижения до 81%.

У лиц с повышенным дОО энергии наблюдалось снижение процента отклонения фактического обмена. У мужчин до 44%, у женщин до 66%.

У студентов с пониженным дОО энергии процент отклонения фактического обмена изменялся меньше. У 50% испытуемых отмечался нормальный процент отклонения фактического основного обмена энергии.

Физическая работоспособность у 62 чел. (88%) из всех испытуемых оказалось низкой, у 6 чел. (9%) — ниже среднего уровня и только у 2 чел. (3%) — средней.

Выводы. Анализ результатов показал, что у студентов должный основной обмен энергии и процент отклонения фактического основного обмена энергии отклонены как в сторону повышения, так и в сторону понижения. Преобладает повышение должного основного обмена и повышение процента отклонения фактического основного обмена.

Наблюдается очень низкая физическая работоспособность у обследуемых, что является неблагоприятным прогностическим фактором для будущего здоровья студентов медиков и может рассматриваться в качестве фактора риска формирования предикторов заболеваний.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ВЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

В.В. Бабий, С.В. Почтовая, Г.П. Никулина

Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ, Ставрополь, Россия

Актуальность темы. Студенты - особая социальная группа, наиболее подвержена воздействию таких факторов, как нервно-эмоциональное напряжение и социальная незащищённость. Многочисленные данные свидетельствуют о том, что в последние годы резко снизился уровень здоровья выпускников школ, ежегодно пополняющих ряды студенческой молодёжи. Так , по мнению В.Ф. Красавиной (2008 г.) на первый курс приходят студенты с низкими показателями физической и функциональной подготовленности. Н.А.Агаджанян и соавт. (2005г.) отмечают низкую физическую активность - почти у 76% студентов, а избыточную массу тела имеют 15-20 % студентов. Среди подростков, в возрасте 12- 17лет, избыточную массу тела имеют 11,8 %, из них ожирением страдают 2,5%.

Цель исследования. Изучить функциональное состояние системы внешнего дыхания и физической работоспособности студентов 1-6 курсов медицинского университета.

Задачи исследования. 1) определить общую физическую работоспособность студентов 1и 6 курсов и провести сравнительный анализ между студентами разных курсов; 2) оценить показатели внешнего дыхания среди юношей и девушек 1 и 6 курсов и изменения функционального состояния дыхательной системы в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 122 студента 1 и 6 курса (среди которых 66 девушек и 56 юношей). Состояние дыхательной функции оценивалось по спирографии на аппарате «SpiroUSB». Оценка физической работоспособности осуществлялась с использованием вело-эргометрического теста(PWC- 170).

Результаты исследования. Выявлено, что показатели (ЖЕЛ) у студентов младшего и старшего курсов находились в пределах физиологической нормы и составили 93% и 95% от долженствующего ЖЕЛ, соответственно. Следует отметить, что у юношей старших курсов ЖЕЛ выше, чем у первокурсников (4,94л.+0,63- на 1-ом курсе и 5,51+0,64л. на 6- ом курсе), а среди девушек достоверного увеличения ЖЕЛ не происходит (на1-ом курсе – 3,58л.+0,53 и 3,6л.+0,38л. на6-ом). У девушек 1-ого курса показатели ЖЕЛ значимо коррелируют с физической работоспособностью (P=0,0436, r=0,3535), аналогичная зависимость наблюдалась у юношей 1-ого курса(P=0,0308, r=0,3765). Выявлена тенденция к снижению показателя физической работоспособности к концу обучения в вузе, причём, это характерно как для юношей, так и для девушек. У студентов 1-ого курса физическая работоспособность составила: 1,8+0,33 вт/кг/мин среди девушек и 2,0+0,29 вт/кг/мин среди юношей. У девушек 6-ого курса физическая работоспособность составила: 1,6+0,28 вт/кг/мин, у юношей 1,8+0,32вт/кг/мин.

Выводы. Физическая работоспособность студентов 1 и 6 курсов оценивается ниже среднего уровня, отмечается снижение показателей физической работоспособности у учащихся медицинского вуза с переходом на старшие курсы независимо от пола при сохранных показателях системы внешнего дыхания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

В.В. Бабий, Л.П. Казакова

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

ГБУ СК «ГКБ №2», Ставрополь, Россия

Актуальность темы. Проблемы когнитивных нарушений (нарушения памяти, внимания, мышления, речи и других высших и комплексных мозговых функций) трудно переоценить. Причиной тому – медицинские, социальные и этические аспекты. По классификации ООН население региона считается «старым», когда численность лиц в возрасте 65 лет и старше составляет 7% и выше от общей численности населения.

Известно, что демографическая ситуация сохраняет тенденцию старения населения мира и РФ в частности. Характерная для пациентов старших возрастных групп полиморбидность, становится причиной лекарственной полипрагмазии. С другой стороны, огромным потенциалом, для этих групп обладает метод лечебной физической культуры (ЛФК), основанный не тренировке различных функций и навыков, основанных на нейрофизиологических механизмах активизации сохранных нейрональных сетей, их восстановления или создания новых функциональных нервных связей, обеспечивающих максимально совершенное осуществление как двигательной, так и когнитивной функции.

Цель исследования. Изучение влияния методов лечебной физической культуры на эффективность коррекции как додементных, так и дементных форм когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 86 человек мужчин 31 чел.(36 %) и 55чел.(64 %) женщин. Средний возраст составил 71,2+7,4 г. Всем пациентам проведено клиническое неврологическое обследование и нейропсихологическое тестирование. Исследование когнитивной сферы было направлено как на выявление когнитивных нарушений, так и на верификацию деменции и включало в себя тест рисования часов, тест 5 слов, в интерпретации Дюбуа и минимальную оценку психических функций MMSE. В зависимости от проводимой терапии все пациенты были распределены на 4 группы (1-я и 3-я - контрольные, а 2-я и 4-я - экспериментальные):

1) группа (n=21) - больные с синдромом УКР, получающие патогенетическую и симптоматическую медикаментозную терапию (гипотензивную, нейропротективную).

2) группа (n=23) - больные с синдромом УКР, получающие патогенетическую и симптоматическую медикаментозную терапию (гипотензивную, нейропротективную) в сочетании с методом ЛФК.

3)группа (n=24) – больные с синдромом деменции (лёгкой и умеренной степени), получающие патогенетическую (блокатор MMDA - рецепторов – акатинол) и симптоматическую терапию.

4)группа (n=18) – больные с синдромом деменции (лёгкой и умеренной степени), получающие патогенетическую (блокатор MMDA- рецепторов – акатинол) и симптоматическую терапию в сочетании с методом ЛФК.

Методика ЛФК. Нами использовались две формы лечебной физкультуры: 1.- процедура лечебной гимнастики, 2.- дозированная ходьба.

Лечебная гимнастика проводилась ежедневно, продолжительность занятия составляла 30 минут, моторная плотность – 30% - 40%, использовались мало групповой и групповой способы проведения занятия. Основные принципы комплекса носили традиционных характер и включали рассеивание по группам мышц, смену дыхательных и общеразвивающих упражнений в соотношении 1: 3, - 1: 4, индивидуальная дозировка и индивидуальный выбор исходного положения, всего 14 занятия. Дозированная ходьба назначалась через день, в прогулочном и медленном темпе,1600 м. в день в два приёма. Необходимо отметить наличие благоприятного воздействия естественных факторов природы – паркового и лесного массива, наличие водоёма «Комсомольского озера», в районе расположения МУЗ СК «ГКБ-№2» г. Ставрополя.

Метод статистической обработки и анализа данных проводили с помощью программы Microsoft Excel -5.0

Критерии включения: возраст 60 – 80 лет, наличие когнитивных нарушений в степени УКР, лёгкой и умеренной деменции, полученное информационное согласие.

Критерии исключения: выраженные психические нарушения, отсутствие когнитивных нарушений, деменция выраженной степени наличие противопоказаний для проводимой терапии, в том числе, занятий ЛФК.

Результаты исследования. При исходном тестировании показатели когнитивной сферы были следующими: нормальное состояние когнитивной сферы у 13 чел. (11,4%), умеренные когнитивные нарушения у 44 чел. (38,9%) больных, деменция у 57 чел. (50%), в том числе легкой степени у 22 чел. (39,0%), умеренной степени у 20 чел (35,0 %) и выраженной степени у 15 чел. (25,9%) пациентов

Объективные данные свидетельствуют о достоверном улучшении памяти и пространственных функций, наиболее нарушенных у обследуемых (2 и 4-групп-экспериментальных), больных получавших ЛФК, по сравнению с больными, принимавшими только медикаментозное лечение (1 и 3 группы - контрольные). Причём результаты достоверны в отношении всех тестов, определяющих когнитивные нарушения (таблица №2).

У пациентов с деменцией, получавших ЛФК, зарегистрированы ещё более существенные сдвиги в отношении уменьшения жалоб (достоверно – головная боль, головокружения, нарушения сна), а увеличение количества пациентов, предъявляющих жалобы на снижение памяти, свидетельствует о появлении критики к своему дефекту, что в свою очередь свидетельствует также о выраженной положительной динамике когнитивных нарушений.

Результаты нейропсихологического тестирования пациентов с деменцией говорят о преимущественном позитивном влиянии занятий ЛФК на функции памяти и пространственной ориентации (таблица №3).

Таким образом, динамическое неврологическое и нейропсихологическое обследование пациентов, с умеренным когнитивным расстройством и деменцией лёгкой и умеренной степеней, достоверно показало преобладание эффективности терапии в группах больных (2-ой и 4-ой групп) получавших дополнительно к медикаментозным методам лечебную физкультуру.

Выводы. 1) использование ЛФК у лиц пожилого и старческого возраста является патогенетически обоснованным, эффективным методом комплексной терапии когнитивных нарушений как додементных, так и дементных стадий независимо от их этиологии.

2) применение методов ЛФК у пациентов с когнитивными нарушениями различной этиологии и степени выраженности достоверно улучшает когнитивные функции (память, пространственные функции), эмоциональный фон. Причём показатели объективного улучшения даже превосходили субъективные параметры.

3) ориентация врача не только на достижение ближайшего результата, и как следствие – назначение нескольких препаратов, но и на безопасность в плане сохранения когнитивных функций и качества жизни пациента приобретают особую актуальность при лечении пациентов пожилого и старческого возраста.

4) включение в схему лечения когнитивных нарушений метода ЛФК обеспечивает профилактику полипрагмазии и лекарственной ятрогении.

Таблица №1. *Жалобы пациентов с синдромом умеренных когнитивных расстройств до и после лечения (1 и 2 группы)*

№	Жалобы	До лечения		После лечения	
		группы		группы	
		1(n=21)	2(n=23)	1(n=21)	2(n=23)
1.	Головная боль	18	19	15	10
2.	Головокружение	9	12	9	7
3.	Шум в ушах	15	13	16	6
4.	Плохой сон	12	14	10	6
5.	Снижение настроения	5	8	3	1
6.	Снижение памяти	13	14	7	7
7.	Другие жалобы	9	11	4	6

$p<0,05$

Таблица №2. *Результаты нейропсихологического тестирования пациентов с синдромом умеренных когнитивных расстройств до и после лечения (1 и 2 группы)*

№	Тесты	Средний балл до лечения		Средний балл после лечения	
		группы		группы	
		1(n=21)	2(n=23)	1(n=21)	2(n=23)
1.	Тест запоминания 5 слов	3,61+0,80	3,58+0,76	4,08+0,70	4,48+0,24
2.	Тест рисования часов	8,25+1,50	8,40+1,00	9,00+0,85	9,5+0,50
3.	Тест MMSE	26,00+2,20	26,05+1,85	27,20+1,80	28,80+1,00

$p<0,05$

Таблица №3. *Результаты нейропсихологического тестирования пациентов деменцией лёгкой и умеренной степени до и после лечения (3 и 4 группы)*

№	Тесты	Средний балл до лечения		Средний балл после лечения	
		группы		группы	
		3(n=24)	4(n=18)	3(n=24)	4(n=18)
1.	Тест запоминания 5 слов	2,12+1,26	2,30+1,00	3,00+1,50	3,60+1,50
2.	Тест рисования часов	5,25+1,25	5,10+1,60	6,35+1,40	7,05+2,00
3.	Тест MMSE	17,20+3,72	16,74+3,34	18,15+2,05	20,90+3,30

$p<0,05$

СВЯЗЬ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА С ХАРАКТЕРОМ ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Т.Б. Баклаева, Т.Н. Василькова, Ю.А. Рыбина
ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Сердце – важнейший орган-мишень при гипертонической болезни (ГБ). Известно, что изменение структуры левого желудочка (ЛЖ) является независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений и маркером летальности. Сочетание ГБ и ожирения оказывает более значительное отрицательное воздействие на структуру и функцию ЛЖ, чем каждое заболевание в отдельности. Установлено, что ожирение приводит к ремоделированию миокарда предсердий и желудочков, прогрессирование которого усугубляет ГБ, которая у больных с ожирением встречается значительно чаще. Имеются данные о возможности самостоятельного патологического влияния ожирения на сердце. При ожирении часто можно обнаружить утолщение межпредсердной перегородки (МЖП) (липоматозная гипертрофия). Жировая инфильтрация может увеличить жесткость миокарда и сформировать рестриктивный тип кардиомиопатии.

Цель исследования. Выявить связь эхокардиографических (ЭхоКГ) параметров структуры сердца с различными степенями и характером ожирения у больных ГБ.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 80 больных обоих полов с ГБ, нормальной массой тела (МТ) и ожирением алиментарно-конституционального генеза. Выраженность ожирения определяли методами антропометрии, с расчетом индекса массы тела (ИМТ), биоимпедансометрии (БИА) с учетом массы (кг) и процента жировой ткани, калиперометрии. Характер жироотложения оценивали с учетом отношения объема талии к объему бедер по данным антропометрии, с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) внутреннего жира, измеряя толщину внутреннего и подкожного жира и определяя индекс жира брюшной стенки. При проведении ЭхоКГ учитывали конечно-диастолический, конечно-систолический размеры ЛЖ, толщину МЖП и задней стенки (ЗС) ЛЖ в диастолу. Рассчитывали массу миокарда (ММ), и индекс ММ ЛЖ.

Результаты. По данным антропометрии у 60% больных, а по результатам УЗИ у 98% больных выявлено абдоминальное ожирение (АО). Отклонения от нормальных ЭхоКГ показателей были уже при избыточной МТ, а так же при ожирении 1, 2 и 3 степеней. При этом выявлена положительная корреляционная взаимосвязь между ИМТ и толщиной МЖП (r = 0,488, p = 0,005), размером левого предсердия (ЛП) (r = 0,438, p = 0,032) и ЛЖ (r = 0,549,p = 0,002), ЗСЛЖ (r = 0,505, p = 0,004). Увеличение толщины МЖП (r = 0,591, p = 0,009), ЗСЛЖ (r = 0,528, p = 0,010), размера ЛП (r = 0,583, p = 0,018), ЛЖ (r = 0,586, p = 0,005) связаны с процентом жировой ткани по данным БИА. Установлена взаимозависимость количества жира в организме больных и диаметра ЛП (r = 0,529, p = 0,035) и ЛЖ (r = 0,542, p = 0,011). Связь между размерами ЛЖ получена и с показателями калиперометрии (r = 0,512, p = 0,005). Значимых связей между данными ЭхоКГ и локализацией жироотложения (подкожной или висцеральной) не выявлено. Возможно, это связано с тем, что жировая ткань любой локализации богато васкуляризирована, что в равной степени приводит к существенному увеличению объема циркулирующей крови, носящий адаптивный характер в ответ на расширение сосудистого русла при избыточном отложении жира и в последующем к структурным изменениям сердца. Важно отметить, что у подавляющего большинства обследованных по данным антропометрии и УЗИ имелось АО, что так же может указывать на его роль в структурных изменениях сердца.

Выводы. У больных ГБ с избыточным жироотложением изменения структуры сердца отмечаются уже при избыточной МТ. Утолщение стенок и увеличение размеров левых камер сердца тесно связаны с ростом ИМТ и количества жировой ткани.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В НАРКОЛОГИИ

Л.В. Барабанова
ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Одной из негативных тенденций в динамике состояния здоровья населения Российской Федерации является высокая распространенность наркологических заболеваний. Значительную роль в профилактике и лечении наркоманий играет реабилитация, она позволяет значительно увеличить длительность ремиссий у больных. На сегодняшний день реабилитацию больные наркоманией проходят в Воронежской области в отделении медико-социальной реабилитации наркологических больных ВГКБ №18 г. Воронежа. В 2013 г. курс реабилитации прошли 78 человек, из них, успешно закончили реабилитацию-20 человек, что составляет 25,6% (По РФ в 2012г.-52 %), с выполнением 269 койко–дня (по РФ, занятость наркологической реабилитационной койки составляет 294 дня в году). Таким образом, исходя из беглого анализа отчетных данных, можно увидеть, что показатели эффективности реабилитации по Воронежской области находятся на средне-нормативных значениях. Однако возникает вопрос - что стоит за этими цифрами, какова клиническая эффективность реабилитационного процесса? Целью работы явилось изучение временных характеристик клинического состояния реабилитантов, для чего были поставлены следующие задачи: определить средний возраст реабилитантов, среднюю продолжительность течения заболевания («наркоманический стаж»), среднюю продолжительность спонтанной ремиссии по анамнезу и среднюю продолжительность пребывания в реабилитационной программе. Для ответа на поставленные вопросы нами было проведен выборочный анализ группы больных, находящихся в реабилитационном стационаре ВГКБ №18 с декабря 2013г. по июнь 2014г. в количестве 89 человек со средним возрастом 30,74±1,35 лет, из которых 27% составляли женщины. Использовались клинический, аналитический, статистический методы исследования. Результаты. Реабилитанты были разделены на группы в зависимости от длительности пребывания в программе. Таких групп было пять, они имели следующие характеристики. Группа 1-3дня нахождения в программе, средний возраст 30,5±5,2, лет, «наркотический стаж» 8,2±6,3 лет, средняя продолжительность ремиссии до лечения (спонтанной) 16,4±9,1 дня; группа 4-7 дней пребывания в программе: средний возраст 31,7±2,3 лет, «наркотический стаж» 6,75±4,02 лет, средняя продолжительность ремиссии до лечения 3,75±2,48 недель; группа до 1 месяца - средний возраст 31,5 ±4,9лет, «наркотический стаж» 10,1±2,6 лет, средняя продолжительность ремиссии до лечения 25,5 ±4,5 дней; группа 30-40 дней: средний возраст - 28,2±13,4 лет, «наркотический стаж» - 12,8±2,5 лет, средняя продолжительность ремиссии до лечения 24,8 ±12,5 дней; группа 60 дней и более (полный курс программы): средний возраст 31,8±3,2 лет, «наркотический стаж»-9,0±4,2 лет, средняя продолжительность ремиссии до лечения 7,5±4,2 недель. Выводы. Больше всего реабилитантов (36%) находились в реабилитационной программе 1-3 дня, что считается срывом программы, проявляющееся клинически активным негативизмом и полной анозогнозией; и только 20,5% реабилитантов находились в программе от 1 до 3 месяцев, однако продолжительность их лечебной ремиссии практически не отличалась от предыдущих спонтанных в анамнезе; причем с увеличением длительности заболевания растёт и длительность спонтанных ремиссий, и длительность пребывания в реабилитационной программе. Полученные предварительные результаты могут свидетельствовать об определенных (внутренних) механизмах протекания наркомании, связанных с ней процессами реактивности и адаптации, возможно, напрямую независящих от внешних, включая лечебные, факторов. Однако наличие в анамнезе длительных ремиссий может быть прогностическим признаком позитивного прохождения реабилитационной программы и последующего выхода в длительную ремиссию.

АЛИМЕНТАРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МОЗГА

Н.Л. Бацукова, А.Р. Сидорович, Е.В. Ковзель
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Введение. Данные о роли нарушений липидного обмена при инсульте до настоящего времени противоречивы. Имеются сведения о снижении уровня общего холестерола при геморрагическом инсульте [1], повышении проатерогенных липидов при инфаркте мозга [2]. В то же время, особенности нарушения липидного обмена при ИМ остаются не до конца изученными. В работах Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) (350 000 человек) и Women's Pooling Project (24 343 женщин) была выявлена зависимость тяжести инсульта от уровня общего холестерола. Исследование Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention (ATBC) (28 000 человек) показало, что риск развития ИМ повышался у людей с уровнем ОХ больше 7 ммоль/л. К работам, опровергающим влияние уровня общего холестерола на риск развития инсульта, можно отнести ARIC исследование (14 174 человек) и Eurostoke Project (22 183 человек). Также не установлена прямая связь нарушений липидного обмена с приверженностью к определенному типу употребляемой пищи. Однако однозначно доказано [3], что антиоксидант ресвератрол обладает антипролиферативным действием на гиперпластические процессы, препятствует окислению липопротеидов низкой плотности, а также обладает антивоспалительным и антиатерогенным эффектом, что может быть успешно использовано в алиментарной профилактике ИМ.

Материалы и методы исследований. Объектом исследования были 123 пациента с острым ИМ (78 мужчин и 45 женщин) в возрасте 56-74 лет, находившихся на лечении в ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» и УЗ «Больница скорой медицинской помощи». Группу контроля составили 55 лиц соответствующего пола и возраста (26 мужчин, 29 женщин, возраст 55-68). Определялись уровни общего холестерола (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерола липопротеидов низкой (ХС ЛПНП) и холестерола липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), аполипопротеинов А (апоА), В (апоВ), в сыворотке крови пациентов с ИМ и лиц контрольной группы. Оценивался индекс атерогенности - ИА (ОХ – ХС ЛПВП)/ХС ЛПВП). Уровни ОХ, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП определялись прямым ферментативным методом на автоматическом анализаторе «Konelab 30i» фирмы «ThermoElectron», Финляндия с применением реактивов «CORMAY», Польша и «SPINREACT», Испания. Изучение содержания апоА, апоВ выполнялось методом турбидиметрии на автоматическом анализаторе «Konelab 30i» фирмы «ThermoElectron», Финляндия с применением реактивов «SPINREACT», Испания. Для изучения особенностей питания пациентов с ИМ использовали разработанную авторами анкету, позволяющую оценить основные предпочтения в питании.

Полученные данные обрабатывались с помощью компьютерной программной системы STATISTICA for Windows (StatSoft, USA, версия 6.0).

Результаты и их обсуждение. Уровни ОХ, ХС ЛПНП превышали референтные значения, однако значимо не отличались в общей группе ИМ и группе контроля (P>0,05), что, вероятно, определяется пожилым возрастом пациентов в обеих группах (Таблица 1).

Таблица 1: *Сравнительный анализ уровней ОХС, ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП в группе с ИМ и контрольной группе*

Группа обследованных	ОХС	ХС ЛПНП	ХС ЛПОНП
Контроль	5,8±0,1	3,8±0,2	0,53±0,002
ИМ	5,9±0,1	3,8±0,4	0,61±0,003
Референтные значения	5,2	3,0	0,52

В то же время у пациентов с ИМ выявлена тенденция повышения уровней ТГ (1,32; 1,03-1,72 по сравнению с 1,13; 0,77-1,64 , P=0,06) (Таблица 2).

Таблица 2: *Сравнительный анализ уровней триглицеридов в группах ИМ и контрольной*

Группа обследованных	ТГ
ИМ	1,32±0,24
Контроль	1,13±0,3

Анализируя полученные в результате анкетирования данные о пищевых привычках пациентов, нами было выявлено, что у данных больных отмечалась низкая частота приема жирной морской рыбы (53% пациентов употребляли рыбу реже, чем один раз в две недели) и частое употребление кондитерских и мучных изделий (45,2% пациентов употребляли сладости каждый день). А ведь известно, что омега -3 жирные кислоты рыбы холодных морей благоприятно влияют на снижение уровня ТГ, а сладости и мучные изделия, богатые легкоусваиваемыми углеводами, способствуют увеличению уровня глюкозы и использованию ее в качестве субстрата для синтеза ТГ.

Наиболее значимым отличием пациентов с ИМ было снижение уровня содержания ХС ЛПВП (Таблица 3) и параллельное снижение уровня Апо А (Таблица 4).

Таблица 3: *Результаты сравнительного анализа уровней ХС ЛПВП в группах пациентов с ИМ и контрольной группе*

Группа обследованных	ХС ЛПВП
ИМ	1,18±0,03
Контроль	1,51±0,22
Референтные значения	1,6

Таблица 4: *Результаты сравнительного анализа уровней апоА и апоВ в группах пациентов с ИМ и группе контроля*

Группа обследованных	А по А	А по В
ИМ	1,25±0,53	1,2±0,05
Контроль	1,64±0,25	1,1±0,05

Также, у 61,2% пациентов с ИМ наблюдалось использование маргарина как заменителя сливочного масла, частое употребление жирных молочных продуктов (сметану с жирностью более 15% употребляло 82,2% пациентов, молоко с жирностью более 2% использовало 76% больных), умеренно частое употребление жирного мяса (35,2% больных употребляло жирное мясо три раза в неделю). Последние данные свидетельствуют об отрицательной роли этих продуктов на уровень ЛПВП.

В процессе обработки результатов были обнаружены значительные отличия уровней ХС ЛПВП у лиц мужского и женского пола (Таблица 5), что объясняется влиянием женских половых гормонов (эстрогенов) на обменные процессы в печени.

Таблица 5: *Зависимость от пола показателей липидограммы пациентов с ИМ*

Пол	ХС ЛПВП
Мужчины	1,3±0,23
Женщины	1,5±0,03

Так, исследователями [2] отмечено, что эстрогены оказывают протективное действие на холестериновый обмен: увеличивают количество печеночных рецепторов к ЛПНП, что приводит к снижению ХС ЛПНП в плазме, уменьшают способность к окислению ЛПНП, снижают содержание ХС ЛПНП, повышают уровень ЛПВП. Но эти знания пока недостаточно используются в медицинской практике для профилактики развития инсульта. В связи с этим, можно рекомендовать для предотвращения сосудистых нарушений при изменении овариальной функции у женщин в период менопаузального перехода широкое использование ресвератрола и нутрицевтиков на его основе, которые обладают, кроме антиоксидантного, фитоэстрогенным эффектом. Это объясняется тем, что ресвератрол может связываться с рецептором эстрогена, активируя транскрипцию эстрогензависимых генов, препятствует окислению липопротеидов низкой плотности, увеличивает уровень ХС ЛПВП, ингибирует молекулы адгезии клетками сосудов и пролиферацию гладкомышечных клеток сосудов. Кроме того, ресвератрол оказывает нейропротекторное, антивоспалительное, антиатерогенное и антиоксидантное действие [3, 5]. Также, ресвератрол в 7 раз увеличивает активность фермента митоген-активированной протеинкиназы, что способствует восстановлению нервных клеток. Ускорение ресвератролом регенерации поврежденных участков мозга помогает восстановить когнитивные способности после перенесенного инсульта.

В 2008 году исследователи из Weill Cornell Medical College Корнелльского университета сообщили, что использование диеты с ресвератролом значительно снижает образование в мозгу бляшек, характерных для болезни Альцгеймера и других нейродегенеративных заболеваний. Так, у мышей прием ресвератрола снижал количество бляшек в гипоталамусе на 90 %, стриатуме - на 89 % и в области медиальной коры - на 48 % [5].

В качестве основных природных источников ресвератрола можно рекомендовать красный виноград, красную шелковицу, ежевику, голубику, арахис, какао, красное вино, а также нутрицевтик кардивитол, содержащий транс-ресвератрол в дозе 20,0 мг при рекомендуемой физиологической норме - 30 мг в сутки. Преимуществом транс-ресвератрола является то, что он по своей антиоксидантной активности превосходит витамин А и бета-каротин в 4-5 раз, витамин С - в 20 раз, витамин Е - в 50 раз [4].

Заключение.

1. В результате проведенного исследования установлено, что для пациентов с ИМ наряду с повышением уровней ОХС, ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП по сравнению с референтными значениями была характерна дислипидемия. Дислипидемия обусловлена в первую очередь снижением уровня ХС ЛПВП и сопровождается снижением уровня аполипопротеина А.

Дислипидемия со снижением уровня ХС ЛПВП была связана с употреблением жирных сортов мяса, кондитерских и мучных изделий, более редким употреблением жирных сортов рыбы. В связи с этим, своевременное выявление и устранение нарушений в качественной и количественной структуре пищевого рациона внесет вклад в разработку стратегии первичной и вторичной профилактики инсульта.

Для предотвращения сосудистых нарушений при изменении овариальной функции у женщин в период менопаузального перехода, а также с целью снижения окисления липопротеидов низкой плотности, увеличения уровня ХС ЛПВП и профилактики инсульта рекомендуется широкое внедрение пищевых продуктов и нутрицевтиков, богатых ресвератролом.

Литература

1. Morgan N. Low- and high- density lipoprotein cholesterol and ischemic cerebrovascular disease/ N. Morgan, D. Tanne // Arch Intern Med.- 2002.-№1.-С.3-15.

2. Amarenco P. Lipid lowering and recurrent stroke/ P. Amarenco // European Heart Journal. - 2005. - С.10-16.

3. Belleri M, Ribatti D, Savio M. et al. αvβ3 Integrin-dependent antiagiogenic activity of resveratrol stereoisomers. Mol Cancer Ther 2008; 7: 3761–70.

4. В.В.Дубовский. Ресвератрол: получение и анализ содержания в препаратах различного происхождения. «Актуальные вопросы современной медицины и фармации». Материалы научно-практической конференции. Витебск, 2009. – С. 272-274.
5. Моисеева А.М. Фитоалексин и ресвератрол: методы определения, механизмы действия, перспективы клинического применения. // Вестник фармации, 2012, № 1, с. 63-73.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГОТОВНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ К ИНТЕНСИВНЫМ ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РЕГУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СИНУСОВОГО УЗЛА, АКТИВНО ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Л.М. Беляева, Н.А. Скуратова, Н.В. Микульчик, И.Д. Чижевская, С.С. Ивкина
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь
МУ «Гомельская областная детская клиническая больница», Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время, учитывая привлечение большого количества детей к занятиям спортом, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) у юных спортсменов и проблема отбора детей для занятий спортом являются актуальными в практике врача. Непрерывно растущий организм ребенка, в отличие от уже сформировавшегося взрослого, отмечается рядом морфологических, функциональных и адаптационных особенностей, и если недооценить этот фактор, можно не только затормозить рост спортивных результатов, но и привести к серьезным нарушениям здоровья юного спортсмена. Чрезвычайно актуальной задачей нашего времени является обнаружение самых ранних признаков нарушения адаптации ССС к физическим тренировкам. Оценка функциональной готовности ССС у юных спортсменов позволяет выявить признаки миокардиодистрофии (МКД) хронического физического перенапряжения, дает возможность оптимизировать спортивные нагрузки и достижения в спорте без ущерба для здоровья ребенка, что необходимо для целенаправленного контроля за резервными возможностями детского организма, своевременного выявления отклонений и коррекции ФН, а также решения вопросов отбора детей в спортивные секции.
Цель. Оценить функциональную готовность сердечно-сосудистой системы к интенсивным физическим нагрузкам у детей и подростков с регуляторной дисфункцией синусового узла, активно занимающихся спортом, по данным результатов тредмил-теста.
Материалы и методы. Обследовано 185 детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет, имевших признаки регуляторной дисфункции синусового узла на электрокардиограмме («вагозависимые» отклонения) и активно занимавшихся спортом в спортивных секциях и спортивных классах. Наряду с общеклиническими методами обследования юным спортсменам проведен тредмил-тест по стандартному протоколу Брюса. Обследованные были распределены в две основные возрастные группы. Первую группу (I гр.) составили дети младшего и среднего возраста 5-11 лет (n=93), среди них 76 (82%) мальчиков и 17 (18%) девочек. Средний возраст детей составил 10 [5; 12] лет (данные представлены в виде Me [min; max]). Вторая группа (II гр.) включала подростков 12-18 лет (n=92), среди них 82 (98%) мальчиков и 10 (12%) девочек (14 [12; 18] лет). Среди основных оцениваемых показателей тредмил-теста были следующие: время появления субъективных признаков усталости, время завершения теста, достижение субмаксимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС), физическая работоспособность (ФР), типы реакции на физическую нагрузку (ФН), наличие или отсутствие функциональных нарушений ритма (единичных экстрасистол, нарушений процессов реполяризации в виде косовосходящей депрессии ST и нарушений полярности зубца T, синусовой аритмии, миграции водителя ритма в пределах предсердий), время восстановления ЧСС после нагрузки.
Результаты и обсуждение. Время достижения субъективной усталости на фоне физической нагрузки в I группе было зарегистрировано на 11 [5; 16] минуте, у подростков II группы – также на 11 [6; 15] минуте ($p>0,05$). Максимально достигнутая ЧСС у детей I группы составила 157 [114;183] ударов в минуту (уд. мин.), причем ЧСС более 170 уд. мин. имела место в 13 (14%) случаях, ЧСС 156-169 уд. мин.- у 43 (46%) человек, ниже 156 уд. мин.- у 37 (40%) детей. У лиц II группы максимально достигнутая ЧСС у детей I группы составила 156 [105;183] уд. мин., причем ЧСС более 170 уд. мин. имела место в 11 (12%) случаях, ЧСС 156-169 уд. мин.- у 36 (39%) человек, ниже 156 уд.мин.-45 (49%) детей. Различий между группами не установлено ($p>0,05$). У юных спортсменов I группы ФР составила 9,2 [2,8; 15,3] метаболических единиц (МЕТ), причем среди обследованных детей очень высокая ФР (МЕТ более 9 ед.) имела место в 51 (55%) случаях. Во II группе ФР составила 9,3 [4,5;14,6] ед, при этом очень высокая ФР зарегистрирована у 56 (61%) подростков ($p>0,05$). При активном опросе жалобы во время или после тренировок предъявляли 21 (23%) человек из I группы и 9 (10%) лиц из II группы. Причем, при тредмил-тесте функциональные нарушения ритма у детей I группы были зарегистрированы у 15 (29%) человек с очень высокой ФР и у 21 (50%) человек с высокой и средней ФР. Во II группе данные отклонения отмечены в 19 (34%) случаях у подростков с очень высокой ФР и 2 (5%) человек с высокой и средней ФР. Статистически доказано, что при проведении тредмил-теста дети 5-11 лет, имевшие высокую и среднюю ФР, достоверно чаще демонстрировали функциональные нарушения ритма и нарушения процессов реполяризации (на фоне более частого предъявления жалоб во время тренировок), чем подростки II группы с аналогичными типами ФР ($p<0,05$). По данным тредмил-теста у детей I группы доминировал нормотонический тип реакции (55 детей), что составило 59%, гипотонический тип реакции наблюдался у 36 (39%) обследованных детей, гипертонический и дистонический типы - у 1 (1%) и 1 (1%) человек соответственно. Среди юных спортсменов II группы нормотонический тип реакции отмечен в 80 (87%) случаях, гипо- и гипертонический типы – 5 (6%) и 3 (3%) детей соответственно, феномен бесконечного тона (с продолжительностью более 2 минут в восстановительном периоде) дистонический типы реакции – у 3 (3%) и 1 (1%) лиц соответственно. Статистически доказано, что у детей

младшей возрастной группы достоверно чаще регистрировался гипотонический тип реакции ($p<0,05$), что может быть связано с возрастными физиологическими особенностями реагирования сердечно-сосудистой системы в ответ на физическую нагрузку. Для большинства детей I группы (63 человека- 79%) восстановление ЧСС после нагрузки произошло на 4 -5 минуте, к 3 минуте ЧСС вернулась к исходной у 30 (21%) ребенка. У большинства подростков II группы восстановление ЧСС было к 3 минуте (61 человек- 66%), в 31 случае (34%) имело место замедленное восстановление ЧСС ($p<0,05$).

Выводы. У детей-спортсменов различных возрастных групп, имевших регуляторную дисфункцию синусового узла по данным электрокардиографии, имели место особенности реагирования сердечно-сосудистой системы в ответ на интенсивную физическую нагрузку, смоделированную посредством тредмил-теста. Установлено, что для детей младшей возрастной группы характерен гипотонический тип реакции и замедленное восстановление ЧСС после нагрузки в отличие от подростков. Причем, у детей 5-11 лет функциональные отклонения на электоркардиограмме при пробе с физический нагрузкой были более характерны для лиц с высокой (не выше 9 МЕТ) и средней физической работоспособностью, в отличие от подростков с аналогичными типами физической работоспособности. Данные результаты могут использоваться при дифференциальной диагностике «доброкачественности» вагозависимых феноменов, наблюдаемых у детей-спортсменов, а также при отборе детей в различные спортивные секции с учетом интенсивности вида спорта.

МЕТОД ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИТОПРЕПАРАТОВ

Т.М. Беляева, А.В. Зонов, К.Ш. Амренова, Т.И. Терехова, Н.С. Зготова
Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Цель и задачи данного исследования явилось изучение ближайших и отдаленных результатов применения фитопрепаратов в антицитокиновой терапии псориаза.

Материалы и методы. Признание важной роли ФНО-α в патогенезе иммуновоспалительных заболеваний привело к поиску лекарственных препаратов и иммунологических методов терапии, направленных на ингибицию этого цитокина. В свете изложенного определенный интерес представляет применение фитопрепаратов, используемых традиционной медициной в составе противовоспалительных сборов.

Нами в комплексной терапии 32 больных вульгарным псориазом в возрасте от 18 до 45 лет, в том числе 20 мужчинах и 12 женщинах, предложен и апробирован фитосбор, оказывающий, как было установлено in vitro и ex vivo, ингибирующее влияние на ФНО-α (Горчакова Т.В. и соавт., 2007). Исследованиями доказано, что водные настои цветков календулы и травы фиалки вызывают существенное снижение экспрессии провоспалительного цитокина. Противовоспалительный эффект этих трав связывают с высоким содержанием тритерпеновых сапонинов (Akihisa T. et al., 1996; Moon H.I et al., 2004), а травы фиалки еще и с прямой противомикробной активностью (Witkowska-Banaszczak E. et al, 2005).

В качестве мониторинга эффективности проведены необходимые иммунологические и клинические исследования в сравнении с группой пациентов, получавших традиционную комплексную терапию. Водные настои смеси трав назначали внутрь в течение 1 месяца дополнительно к аналогичной базисной терапии. Побочных эффектов от проведенного лечения не наблюдалось.

Полученные результаты. Как показали наши исследования, предлагаемый сбор трав оказывает выраженное противовоспалительное и иммуномодулирующее действие, сопровождающееся существенным повышением CD3+, CD4+-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса, снижением маркеров апоптоза CD95+ и уровня ЦИК, а также ФНО-α. Положительная клиническая динамика наблюдалась к концу 2-ой недели от начала терапии, а максимальный эффект наступал на 3-й – 4-й неделе лечения. Кроме того, эффект от проводимой фитотерапии носил пролонгированный характер, что, возможно, связано с кумулятивным действием трав. Использование в дальнейшем повторных курсов фитотерапии обеспечило удлинение клинической ремиссии у большинства пациентов при отсутствии побочных эффектов.

Выводы. 1. Таким образом, способ лечения псориаза с использованием сбора трав в составе комплексной терапии обеспечивает существенный клинико-иммунологический эффект, превосходящий результат традиционной терапии.

2. Кроме того, данный способ лечения может быть широко использован в амбулаторной практике, что позволит значительно сократить расходы на стационарное обслуживание пациентов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ ВОПРОСОВ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Н.Д. Бобрищева-Пушкина, Л.Ю. Кузнецова, О.Л. Попова, А.А. Силаев
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

По материалам государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2012 году» негативному воздействию, связанному с антропогенным загрязнением окружающей среды, подвергается 62,6% населения РФ в 48 субъектах Российской федерации. Неблагоприятные экологические условия привели в 2012 году к увеличению заболеваемости населения на 12,5%, смертности на 11,5%. Патологические изменения при этом, в первую очередь, формируются у детей и подростков, поэтому преподавание

вопросов экологического воздействия на детский организм актуально для большинства специальностей медицинского ВУЗа.
Студенты должны знать маркеры неблагоприятного экологического воздействия на детский организм: замедление и в последствие задержка физического развития, повышение тревожности и задержка отдельных сторон интеллектуального развития и психического развития в целом, учащение и затяжное течение острых респираторных и аллергических заболеваний, снижение иммунитета, развитие хронических заболеваний органов дыхания, анемий, аллергических и онкологических заболеваний, рост хромосомных аберраций в соматических клетках и увеличение числа врожденных пороков и динамику их развития. Необходимо также знание факторов усугубляющих это воздействие: генетическая предрасположенность, наличие хронических заболеваний, неблагоприятные климато-географические, геохимические и социально-экономические условия; экосенситивных возрастных периодов для детей и подростков.
Для клинических специальностей (лечебное дело и педиатрия) необходимо также изучение клинических проявлений и лабораторно-инструментальной диагностики экопатологии, мероприятий по ее индивидуальной профилактике и лечению. Студенты медико-профилактических факультетов и факультетов управления здравоохранением должны более подробно изучать популяционные маркеры экологического неблагополучия, организационные и санитарно-гигиенические мероприятия по защите окружающей среды, профилактические и оздоровительные мероприятия в учреждениях для детей и подростков, расположенных на экологически неблагополучных территориях. Будущие клинические психологи должны знать экологически обусловленные нарушения психического развития и психологического здоровья детей и подростков, возможные мероприятия для профилактики фобий, развивающихся при проживании рядом с экологически потенциально опасными объектами. Однако в современных учебных планах лишь для педиатров предусмотрено преподавание гигиены с основами экологии на 2 курсе. Многие медицинские ВУЗы вводят экологию как вариативный компонент также на младших (1-2) курсах. Преподавание этой дисциплины на младших курсах не дает возможности сформировать знания клинических проявлений экопатологии и принципов ее коррекции и требует выделения часов на специальных дисциплинах и дополнительной подготовки преподавателей.
Кафедра экологии человека и гигиены окружающей среды Первого МГМУ имени И.М. Сеченова имеет опыт преподавания этой темы в рамках комплексной дисциплины «Медицинская экология» на 6 курсе лечебного и военного факультета, 1-2 курсах подготовки по специальностям «Клиническая психология» и «Санитарный фельдшер», в рамках дисциплины «Гигиена детей и подростков» на 5-6 курсе медико-профилактического факультета, для всех специальностей разработаны учебно-методические пособия для студентов и контрольно-измерительные материалы (тестовые задания и ситуационные задачи).

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОЧИСТКИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В БЫТОВЫХ УСЛОВИЯХ

М.В. Богданов
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Здоровье и благополучие человека в значительной мере зависит от доступности доброкачественной воды. Однако, по данным Роспотребнадзора, для централизованного водоснабжения большинства городов России, в основном используются поверхностные водоемы, из которых только около 1% относятся к незагрязненным источникам. Поэтому более половины водопроводов периодически или постоянно подают воду, непригодную для питья без дополнительной обработки, а многие городские жители вынуждены самостоятельно получать из водопровода доброкачественную воду, используя кипячение и бытовые водоочистные устройства.
Вместе с тем, действующее водно-санитарное законодательство не распространяется на воду, полученную с помощью бытовых водоочистных устройств (БВУ), что создает дополнительные проблемы при оценке дополнительной очистки воды в бытовых условиях. В этой связи целью нашей работы являлось совершенствование методики гигиенической оценки БВУ, с учетом специфики их работы.
Бытовые водоочистные устройства, представленные на рынке, основаны на использовании фильтрации, сорбции, ионного обмена и обратного осмоса. БВУ еще подразделяются на фильтры кувшинного и проточного типа. Традиционно в фильтрах для воды в качестве основной загрузки применяется активированный уголь.
Фильтры очистки воды кувшинного типа отличаются портативностью, независимостью от водопровода и небольшой ценой. С другой стороны, они характеризуются низкой производительностью (0,05-0,25 литров в минуту), поскольку вода проходит через фильтр исключительно под действием сил гравитации. При оценке таких фильтров необходимо учитывать основные недостатки: невозможность использовать мелкие сорбенты и возникновение «канальных эффектов». Меньший размер гранул обеспечивает большую площадь контакта с водой в том же объеме фильтра, а, следовательно, степень очистки воды выше. Однако в обычных фильтрах она просто не протечет через плотный слой мелкого сорбента. «Канальный эффект» сводится к тому, что вода, проходя сквозь фильтр «раздвигает» крупные гранулы загрузки и формирует каналы, по которым протекает без должной очистки.
Ионообменные фильтры в быту используются не часто. Ионообменные материалы (чаще всего синтетические смолы) применяются для удаления из воды катионов тяжелых металлов, нитратов, а также для умягчения воды. Недостаток таких фильтров - безвкусная вода, потому что задерживаются почти все химические элементы.
Системы обратного осмоса позволяют получать воду очень высокой степени очистки. Фактически обратноосмотическая установка не пропускает никакие примеси - ни вредные, ни полезные. Вместе с вирусами и

бактериями на очистном картридже оседают жизненно необходимые элементы, такие, как железо, кальций, магний и много других, очень нужных нашему организму. Поэтому производители обратноосмотических систем очистки воды вынуждены на выходе искусственно обогащать воду минералами. В тоже время до сих пор отсутствуют достоверные данные о пользе такой искусственной минерализации воды. Кроме того, установки очень дороги, имеют низкую производительность, а при работе системы обратного осмоса в дренаж сбрасывается до 75% очищаемой воды.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

С.А. Божко, Т.Ф. Шерина
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Лечение лекарственными травами (фитотерапия), имеющее многовековую традицию, находит широкое применение и в современной медицине. Ценность любого лекарственного растения зависит от содержания и характера действующих веществ и их сочетания.

Целью работы явилась оценка эффективности сочетания методов фитотерапии и психотерапии в лечении пациентов с тревожным и астеническим вариантом течения невротической депрессии, что подразумевало не только избавление пациента от симптомов заболевания, но и устранение причин этих симптомов.

Для исследования было отобрано 167 больных женского пола. Из них 132 - пациенты с тревожным вариантом невротической депрессии и 35 - пациенты с астеническим вариантом. Средний возраст пациенток составлял 36+5 лет. Длительность расстройства была от 2 недель до 3 лет. В соответствии с МКБ-10 состояние больных соответствовало следующим рубрикам: F32.0;F32.1- кратковременные депрессивные реакции легкой и средней степени выраженности; F34.1 – дистимия; F43.2 -расстройства адаптации. Выявленные клинические особенности в сочетании с проведенным комплексным психологическим обследованием позволили определить наиболее полную картину структуры депрессивного состояния и особенностей личности больных. При этом тревожно-депрессивные больные имели более высокий уровень тревоги и депрессии, выявляемый при помощи шкал и тестов (шкала Спилбергера, тесты Гамильтона, шкала тревоги и депрессии (HADS)). Исследуемое лечение представляло собой сочетание психотерапии с фитотерапией. Состав использованных в лечении фитосборов: тревожный вариант - боярышник кроваво-красный, чабрец, валериана лекарственная, мята перечная, семя укропа, пустырник пятилопастный, лист сенны. Астенический вариант - душица обыкновенная, мята перечная, шиповник коричневый, боярышник кроваво-красный, крапива двудомная, календула лекарственная, зверобой продырявленный. Основной акцент лечения делался на составление индивидуального плана, разработанного для каждого больного, с учетом заболевания, ведущего психопатологического симптомокомплекса и динамики соматического состояния. Психотерапия включала в себя следующие методы: каузальная, рациональная, семейная психотерапия, обучение техникам аутогенной тренировки

Длительность курса составляла 35 дней активной терапии. Показатели оценочных шкал регистрировались на момент отбора, в день начала лечения, на 7, 14, 21 и 35-й дни терапии. Полученные результаты показали, что использованные в исследовании методы гармонично дополняли друг друга и оказались эффективным средством с антидепрессивным действием, а также для лечения тревоги и астении у больных с невротической депрессией астенического и тревожного типов. Положительный результат проведенного лечения был подтвержден динамикой показателей использованных в исследовании шкал и тестов с уменьшением выраженности в баллах($p<0,05$).

Таким образом, применение сочетания фитотерапии с психотерапией, эффект которого начинается с первых минут общения со специалистом, действует постепенно, мягко и достаточно длительное время, является целесообразным и взаимодополняющим.

МЕТОДЫ НЕЛЕКАРСТВЕННОЙ КОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.А. Божко, Т.Ф. Шерина
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение. Стресс является своеобразным триггером, запускающим механизмы, стимулирующие в организме повышенную активность сальных желез, в кровь попадают гистамины, выделяется адреналин. Организм работает с повышенной нагрузкой. Ему требуется больше кислорода, витаминов, микро – и макроэлементов. Как результат - защитная система кожи ослабевает, и она не в состоянии справляться со всеми неблагоприятными воздействиями, что может привести к заболеваниям кожи[6,21]. Известно, что одна из самых распространенных причин возникновения кожных заболеваний – нервно-психологический фактор, который является ведущим в постстрессовых нарушениях здоровья. Существует немало заболеваний, в этиологии которых, принимает участие стресс. Среди них такие заболевания как атопический дерматит, экзема, псориаз, крапивница (13).

Цель. Исследование нелекарственной коррекция кожных заболеваний, возникших в результате перенесенного стресса.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью исследования, помимо стандартного обследования пациентов, дополнительных консультаций специалистов (терапевта, хирурга, гастроэнтеролога, дерматолога, эндокринолога, кардиолога), необходимых клинических и инструментальных обследований, было проведено клинико-психологическое исследование. Психическое состояние пациентов определялось традиционным клиническим

методом с использованием стандартных психометрических тестов: шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), теста Спилбергера, Шкалы общего клинического впечатления (CGI), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник САН, Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ). Состояние кожных проявлений оценивалось по дерматологическим шкалам: угревая сыпь – по ДИА (дерматологический индекс акне) определяли степень тяжести угревой болезни; по SCORAD (индекс тяжести атопического дерматита и крапивницы), по PASI (индекс тяжести псориаза), по EASI (степень тяжести экземы), по DLQI (вопросник по качеству жизни пациентов с дерматологическими заболеваниями). Дерматологический контроль пациентов проводился в начале и в конце курса лечения.

Статистическую обработку материала производили с помощью Microsoft Excel и с использованием программы «Биостатистика». Оценка производилась до начала лечения, на 14, 21 и 35 день терапии.

Критериями включения в исследование явились:

1.Наличие вновь возникших дерматологических проблем, связь которых со стрессом может быть установлена.

2. Наличие аффективной патологии без психотических симптомов, диагностировавшейся в рубриках F-43 МКБ-10.

3. Возраст больных от 18 до 45 лет

4. Информированное согласие. (Перед включением больных в исследование им объясняли его цель и задачи).

5.Отсутствие противопоказаний к предлагаемому лечению (непереносимость, аллергии и т.д.)

Критериями исключения из материала исследования являлись:

1. Индивидуальная непереносимость предлагаемого метода лечения.

2. Нежелание или невозможность отказаться от применения стандартных схем лечения.

3. Наличие у больных острых или хронических истощающих соматических заболеваний, черепно-мозговых травм и других органических поражений ЦНС.

4. Нарушение лечебного режима.

5. Неврозоподобные и психопатоподобные расстройства при основных психических заболеваниях, умственной отсталости, хроническом алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях.

6. Эндогенные психические заболевания (в том числе их мягкие, латентные формы - вялотекущая шизофрения и др.)

7. Применение антидепрессантов, гормональных средств, антибиотиков и других сильнодействующих лекарств в течение последнего месяца.

В исследование, проводимое амбулаторно на базе лаборатории по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов Первого МГМУ им. И.М.Сеченова с 2001 по 2009 гг. вошли 39 пациентов (Ж:31, М:8) Все пациенты имели легкую или среднюю степень тяжести заболевания, подострую или хроническую стадию, взрослой фазы.

Группу респондентов составили пациенты с кожными заболеваниями (Таблица 1), у которых в результате опроса и обследования было выявлено наличие стресса в анамнезе.

Таблица 1. *Кожные заболевания*

Кожные заболевания	**Пациенты**	
	чел, абс.	%
угри обыкновенные	18	46,1*
атопический дерматит	6	15,4
псориаз	2	5,1
экзема	5	12,8
крапивница	8	22,4
зуд кожи (как самостоятельный или сопутствующий симптом)	15	38,5*
Всего:	**39**	

*Примечание: *- достоверные отличия (p<0,05).*

Среди пациентов отмечалось подавляющее число жалоб на угревую сыпь (акне вульгарис) (46,1%). А также на зуд кожи (38%), который отмечался как самостоятельный симптом, так и который зачастую сопровождал другие кожные проявления (Таблица 1).

У всех пациентов выявлялось наличие расстройств, связанных со стрессом и нарушением адаптации. Это соответствовало следующим рубрикам МКБ10: 29 (74,3%)-Острая реакция на стресс (F43.0), 10 (25,6%) - Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

Характерно, что среди пациентов с острой реакцией на стресс статистически преобладали пациенты женского пола, в то время как среди больных с посттравматическим стрессовым расстройством отмечалось равное количество пациентов мужского и женского пола.

У пациентов данной группы расстройства возникли как прямое следствие острого тяжелого стресса или пролонгированной травмы. Стрессовое событие или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным и основным причинным фактором. Для больных, относящихся к рубрике F43.0 (острая реакция на стресс), характерным явилось сильное травматическое переживание (угроза безопасности - 5 набл. (13%), необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении пациента - 10 (26%), потеря близких - 2 набл. (5%), развод, болезненное расставание - 11 набл. (28%), ситуация "любовного треугольника" - 3 набл. (8%)).

Для пациентов были характерны симптомы депрессии, тревоги, гнева, отчаяния, гиперреактивности и отгороженности, при этом ни один из симптомов не преобладал длительно. У больных наблюдалась четкая временная связь между воздействием стрессора и началом симптоматики.

Пациенты, отнесенные к рубрике F43.1 (Посттравматическое стрессовое расстройство), характеризовались тем, что их реакция возникла, как отставленная и/или затяжная в ответ на стрессовое событие - неожиданное увольнение с работы – 7 набл. (18%), смерть близкого человека – 1 набл.(2%).

Из основных жалоб, предъявляемых испытуемыми на момент обследования, можно было выделить повышенную истощаемость (93,2%), снижение работоспособности (96,1%), психосоматические проявления: (колебания АД; головные боли, кардой-, мио- и гастроли и др.) (90,7%) расстройства сна (98,9%), нарушение концентрации внимания (69,1%), повышенную раздражительность(65,2%), снижение уровня естественных влечений (71,3%), расстройства стула (диареи и запоры) (59,4%), абдоминальные боли (44,3%), тошноту (32,1%), тахикардию (21,4%), головокружение (20,2%), потливость(40,1%), метеолабильность (22,5%). Характерно, что расстройства сна в основном проявлялись пресомническими (84,3%) и интрасомническими (62,8%) нарушениями.

Для стандартизированной оценки наблюдаемых расстройств и терапевтической динамики анализ проводился с использованием МКБ-10 (Класс V, адаптированный для использования в РФ, М., 2000) и с помощью дифференциально–диагностических критериев, базирующихся на основании известных клинических принципов [6,4].

Оценка эффективности и адекватности терапии включала в себя субъективную и объективную составляющие. Определение эффективности использованных в исследовании нелекарственных сочетаний было основано в, первую очередь, на оценке клинического состояния пациентов. По степени выраженности психотерапевтического эффекта больные с невротическими расстройствами распределялись в 4 группы [4,3]: 1) практическое выздоровление; 2) значительное улучшение; 3) незначительное улучшение; 4) без эффекта.

Лечение. Используемыми методами нелекарственного лечения явились психотерапия, фитотерапия и рефлексотерапия (акупунктура).

Психотерапия включала в себя следующие методы: каузальную, рациональную, семейную, когнитивно-поведенческую психотерапию, гипнотерапию, а также обучение техникам аутогенной тренировки. При выборе методов психотерапевтического лечения мы подходили индивидуально к каждому пациенту, учитывая особенности его личности, роль среды, ситуации, глубину и психопатологическую структуру психического состояния, степень дезадаптации. В работе с пациентами важное значение придавалось психотерапевтическим методикам, стимулирующим механизмы активной компенсации («уход в деятельность»), формирование дополнительных мотиваций, реалистической оценки поведения и коррекцию коммуникативного стиля, выявление иррациональных установок больного, их пересмотр и закрепление у пациента гибких рациональных установок. Психотерапия была направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективную переоценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности. Важное место занимало переключение пациентов от проблем к позитивному восприятию окружающей действительности, концентрация их внимания на радостных событиях в жизни, эмоциональных привязанностях. Создание эмпатии и установление доверительного контакта с больными являлось важным звеном лечебного воздействия, поскольку способствовало усилению доверия к врачу и снижению выраженности симптоматики.

Второй этап психотерапевтического лечения состоял в освоении пациентом психотерапевтических приёмов, способствующих выработке новых стереотипов поведения и защитных психологических механизмов в период адаптации, реконструкции утраченных чувств собственного достоинства и необходимости возвращения к новым ролевым позициям в обществе, обучении навыкам самовнушения и закреплении полученных результатов. На этом этапе возможно создание пациенту рабочего пространства, предоставление инструментов в виде идей, предложений и методик, которыми больной может воспользоваться для выработки собственных решений. Обучение составляло важную часть лечения, поскольку вселяло в больных уверенность, способствовало выполнению ими врачебных предписаний и тем самым улучшало прогноз заболевания.

В исследовании использовался метод корпоральной акупунктуры, который проводился по общепринятой методике. Курс лечения состоял из 10-12 сеансов иглоукалывания в специфические активные корпоральные точки. Рецептура составлялась с использованием стандартного комплекса точек, куда включались точки “общего действия”, местно-сегментарные и отдаленные точки, обладающие специфическими показаниями к применению [16,1,7,12,2] и мн.др.

Для получения наиболее благоприятных терапевтических результатов при применении рефлексотерапии (акупунктуры) учитывались три основных звена этого метода: приемы раздражения, место раздражения, момент раздражения [17]. Процедура иглоукалывания проводилась с учетом характерных особенностей больного (течения и тяжести заболевания, преобладающих симптомов, возраста, конституции, ослабленности организма, предшествующего лечения и т.д.).

В соответствии с классическими руководствами[1,16,17,19], в большинстве случаев лечение начиналось с применения второго варианта тормозного метода, оказывающего успокаивающее, болеутоляющее, десенсибилизирующее, тормозное влияние, в дальнейшем подключался второй метод («возбуждающий»), который применялся в качестве стимулирующего, тонизирующего, растормаживающего и возбуждающего действия при понижении двигательной, чувствительной и секреторной функции. Чередование методов являлось важным условием, поскольку лечебный эффект рефлексотерапии зависит не только от применяемых методов воздействия, но и от функционального состояния нервной системы больного[17,19,1,16]. Наиболее часто использовались следующие точки: да-чжу (или гао-хуан), цзу-сань-ли, хэ-гу (или нэй-гуань), сань-инь-цзяо, шэнь-мэнь (или тун-ли), сюань-чжун, бай-хуэй (или да-чжуй), фэй-шу, мин-мэнь (или ян-гуань), да-чан-шу (или сань-цзяо-шу), шэнь-шу (или пан-гуан-шу), чжун-цзи (или гуань-

юань), цзянь-чжун-шу, вэй-шу, цюй-чи (или вай-гуань), син-цзянь (или нэй-тин). Кроме того, разрабатывая план лечения, необходимо было учитывать в рецептуре наличие у данной категории больных таких неврастенических симптомов, как головная боль, нарушения сна, соматовегетативные расстройства (нарушение функций сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, половой функции и др.) Соответственно в рецептуры были включены точки, воздействующие на данные расстройства [17,19,1,16]. Так, например, в случае жалоб на бессонницу использовались точки сань-инь-цзяо, тун-ли, гао-хуан, сюань-чжун. При наличии диспепсических явлений применялось воздействие в точках цзу-сань-ли, вэй-шу, да-чан-шу, хэ-гу. У мужчины при нарушении половой функции иглоукалывание производилось в точках вэй-шу, чжун-цзи, гуань-юань, мин-мэнь. При низком артериальном давлении - цзу-сань-ли, чэн-шань. Для лечения головной боли применялись точки тун-ли, шао-хай, да-лин, хэ-гу, ян-си, точка ся-си,цзу-сань-ли и др.

При применении фитотерапии использовались лекарственные фито-сборы. При составлении фитопрописи для нашего исследования, применялись только травы, разрешенные к применению и описанные в руководствах, а также доступные и адаптированные для пациентов той местности, где проводилось исследование (средняя полоса России) [8,10,11]. При составлении сбора учитывался спектр терапевтического действия каждого назначаемого растения, тип психопатологического расстройства, синдромологическая картина, имеющиеся в анамнезе соматовегетативные заболевания, наличие или отсутствие противопоказаний и аллергических проявлений. Применение именно сборов растений базировалось на том, что эффект от приема нескольких растений выше, влияние на организм более разностороннее, а действие мягче. [11]. Использованные в исследовании травяные сборы включали в себя, как правило, 5-7 компонентов.

Основные травы, использованные в исследовании: Валериана лекарственная (корневище и корень), Пустырник пятилопастный (трава), Мята перечная (листья), Вахта трехлистная (листья), Боярышник кроваво-красный (цветки), Сушеница лесная (трава), Тимьян ползучий (чабрец) (трава), Душица обыкновенная (цветки и листья), Донник лекарственный (листья), Смородина черная (листья), Ромашка аптечная (цветки), Шиповник коричный (плоды и листья), Крапива двудомная (листья), Зверобой продырявленный (трава), Календула лекарственная (цветки), Череда трехраздельная (трава), Рябина обыкновенная (плоды), Сенна (листья).

Пациентам было предложено заваривать фитосбор в пропорции 1ст. ложка сбора на 300 мл. кипятка, настаивать не менее 30 минут и принимать по стакану 2-3 раза в день в течение курса лечения.

В период лечения важным компонентом являлась необходимость следить за чистотой кожных покровов, за возможным воздействием синтетической, стесняющей одежды. Регулярная личная гигиена и свежее белье, регулярное, полноценное питание, здоровый образ жизни, полноценный сон. Важно контролировать состояние внутренних органов и следить за нормальной их работой. Кроме того, пациенты имели ограничения в питании - исключение аллергических компонентов, уменьшение количества поступающих в организм углеводов (мучное, сладкое), жирной, острой и жареной пищи и промежутки в приеме пищи составляли не более трех часов. Был рекомендован питьевой режим из расчета 30 мл чистой воды на 1 кг веса, не считая чая, соков, супа.

В зависимости от стадии заболевания, типа кожи и ее состояния пациентам предписывалось применять симптоматические (не гормональные) мази, кремы и другие препараты наружного применения с целью облегчить неприятные ощущения, связанные с протекающим на коже процессом (сухость, мокнутие, зуд и т. д.)

Результаты и их обсуждение. Все исследуемые больные завершили полный курс лечения, который составил 35 дней. В целом можно отметить положительную динамику на фоне проводимой терапии. В результате проведенного лечения значительно улучшилось самочувствие и настроение пациентов - пациенты субъективно отмечали стойкое улучшение состояния, нормализация показателей ночного сна, появление бодрости с утра, улучшился аппетит, проявился интерес к своим повседневным обязанностям и профессиональной деятельности (Таблица 2).

Таблица 2. *Редукция наиболее частых клинических признаков.*

Клинический признак (симптом)	**Частота встречаемости, %**	
	До лечения	После лечения
Повышенная истощаемость	93,2	35,6*
Психосоматические проявления: (колебания АД; головные боли, кардио-, мио- и гастралгии и др.)	90,7	46,9*
Снижение умственной и физической работоспособности	96,1	41,2*
Нарушения сна	98,9	37,4*
нарушения концентрации внимания	69,1	39,3
Снижение уровня естественных влечений и потеря интереса к своим повседневным обязанностям и профессиональной деятельности	71,3	40

*Примечание: *- достоверные отличия (p<0,05).*

Пациенты отмечали снижение частоты и уменьшение интенсивности навязчивых воспоминаний и флэшбеков, снижение выраженности признаков, характеризующих избегающее поведение, уменьшение уровня вегетативной заинтересованности пациентов Это коррелирует с результатами оперативной самооценки самочувствия, активности, настроения (шкала САН), показатели самооценки самочувствия достоверно возросли к концу курса лечения во всех исследуемых подгруппах (p<0,05). (Рисунок1)

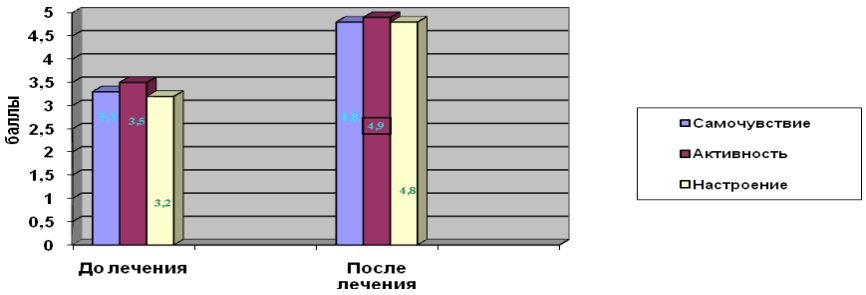

Рис. 1. *Динамика показателей теста САН.*

По шкале самооценки Спилбергера-Ханина средние показатели уровня личностной и реактивной тревожности снизился с 37,1 и 37,4 до 28,4 и 27,3 соответственно, что расценивали как низкий уровень тревожности (Таблица 3).

Таблица 3. *Динамика показателей уровня тревожности по шкале самооценки Спилбергера–Ханина*

Показатель	**Пациенты, 39 чел.**			
	До лечения		После лечения	
	Абс.	%	Абс.	%
Личностная тревожность				
Выраженная	10	25,6	2	5,1
Умеренная	21	53,8*	11	28,2
Низкая	8	20,6	26	66,7*
Всего	39	100	39	100
Реактивная тревожность				
Выраженная	12	39,8	1	2,6
Умеренная	19	52,8*	9	23,1
Низкая	8	7,4	29	74,3*
Всего	39	100	39	100

*Примечание: *- достоверные отличия (p<0,05).*

На фоне лечения отмечалось снижение уровня депрессии по среднему общему баллу шкалы Гамильтона (HDRS- 21) во всех подгруппах с начальных 7.2 до нормального уровня уже на второй неделе лечения (p<0,05). Отмечалось динамичное нарастание терапевтического эффекта и равномерная редукция, как основного симптомокомплекса, так и дерматологических проявлений. К концу курса терапии больные характеризовались стабильным положительным эффектом. Субъективно пациенты отмечали значительное повышение, нормализацию сна, улучшение свойств памяти.
Уровень тревоги, выявляемый по шкале Гамильтона (HARS) как клинически выраженный до лечения (11,1 балла), к концу курса снизился до субклинического уровня.
Шкала общего клинического впечатления (CGI) также фиксировала значительные изменения у данной категории пациентов. Выраженное и существенное улучшение психического состояния фиксировалось у 97,4% всех пациентов.
По данным клинической оценки состояния по степени выраженности психотерапевтического эффекта удалось добиться практического выздоровления и значительного улучшения у 84,6% всех пациентов
Также следует отметить, что большинство показателей по результатам обследования личностными методами (ММИЛ) вошли в пределы нормы (Т – от 50 до 70) это свидетельствует о том, что снизилась общая тревожность, невротизация, появилась уверенность в своих силах, исчезли излишние волнения, купировалось психологическое напряжение, вызванное стрессовыми воздействиями.(1-я, 2-я, 3-я и 7-я шкалы).
Дерматологические проблемы также претерпели значительную редукцию. Прошел зуд, отмечалось значительное снижение патологических изменений кожных покровов. По данным индекса SCORAD – общий, состояние кожных покровов у пациентов с атопическим дерматитом значительно улучшилось (с 63,14 до 28,12 баллов) (p<0,01). Индекс SCORAD-общий, у пациентов с крапивницей снизился (с 45,02 до 26,40 балла), (p<0,01). Индекс PASI (индекс состояния кожи при псориазе) снизился, и перешел из средней степени 34,25 баллов в легкую степень 9,9 балла. Индекс EASI (индекс состояния кожи при экземе) улучшился с 23,12 до 10,01. Показатель ДИА (дерматологический индекс акне) перешел из средней степени в легкую (8,0-4,0). Зуд кожи по вопроснику качества жизни пациентов с дерматологическими заболеваниями DLQI улучшился с 9,0 до 4.0 баллов. По статистически выверенным данным наилучший результат наблюдался у пациентов с псориазом, так как после лечения у них было наименьшее количество кожных высыпаний - 28,90% (Таблица 4).

Таблица 4. *Оценка кожных высыпаний (%)*

Атопический дерматит	Крапивница	Псориаз	Экзема	Угри обыкновенные	Зуд кожи
44,56	58,64	28,90	43,29	50	44,44

Несмотря на то, что психоэмоциональный статус нормализовался в рамках проведенного исследования, и произошла редукция воспалительных процессов кожных покровов, у пациентов с псориазом (2 чел.) и экземой (3 чел.), состояние кожных покровов не достигло первоначального состояния в рамках отведенного времени, курс лечения был продлен до 45-50 дней. Вплоть до полной редукции.

По данным дерматологических индексов у пациентов наблюдалась легкая и средняя степень тяжести заболеваний. По окончании лечения – больше пациентов с легкой степенью.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало достаточно высокую эффективность комплексного применения сочетаний нелекарственных методов при лечении расстройств, связанных со стрессом и нарушением адаптации с сопутствующими кожными болезнями. 97,4% по шкале общего клинического впечатления(CGI) , 84,6% .

По данным клинической оценки состояния по степени выраженности психотерапевтического эффекта. Это связано с большой терапевтической широтой применения сочетаний, обеспечивающих целый ряд лечебных эффектов: иммуностимулирующего, успокаивающего, стимулирующего, вегетативно-стабилизирующего, мягкого антидепрессивного и анксиолитического. Использование комбинированного лечения дало возможность делать акцент на один из методов, входящих в состав сочетаний, в зависимости от индивидуальных особенностей конкретного пациента. Хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов, доступность позволяют рекомендовать применение данного лечебного комплекса как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Катамнестическое наблюдение в течение трех лет (отслеживание проводилось каждый год) показало, что в результате проведенного лечения удалось добиться ремиссии в 83,2 % случаев.

У пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством наибольшую эффективность продемонстрировала групповая психотерапия. В случае наличия острой реакции на стресс предпочтительно применение гипнотерапии и когнитивно-поведенческой терапии. При расстройствах, связанных с семейными проблемами хорошо себя зарекомендовала семейная психотерапия.

Несмотря на то, что психоэмоциональный статус нормализовался в рамках проведенного исследования (35 дней), при наличии у пациентов псориаза или экземы рекомендовано продлить курс лечения до 45-50 дней.

Литература.

Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М., Медицинская книга, 2004.

Адаскевич В.П. Кожный зуд. Дерматологический и междисциплинарный феномен. 2014. Издательство Панфилова.

Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М.: Наука, 1986. -575 с.

Дробышева Н.А. Рефлексотерапия при различных заболеваниях: Практическое руководство по рефлексотерапии. – М., 1997.-118 с.

Егоров Б.Е. Комплексная эмоционально-стрессовая психотерапия депрессивного невроза и невротической депрессии: Дис. … канд. мед. наук. – 1988. – 145 с.

Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В. и др. Псходерматология: история, проблемы, перспективы//Рос. журнал кожн. и венерич. бол.- №1-.28-38с.

Карвасарский Б.Д., Тупицин Ю.Я. Глоссарий основные формы и синдромы для унифицированной клинической оценки состояний больных неврозами: Метод. рекомендации. – М., 1974. – 42 с.

Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1980. – 448 с.

Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. – М., 1970.

Михайлова А.А. Рефлексотерапия неврозов: Учеб.-метод. пособие. – М., 1989. – 101 с.

Носов А. Лекарственные растения. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 349 с.

Овсянников С.А. История и эпистемология пограничной психиатрии. – М.: Альпари, 1995. – 205 с.

Орлова Е.А., Молотилов Б.А. Участие нейрогенного воспаления в патогенезе хронической психогенной крапивницы.- Научно-практический медицинский журнал Практическая медицина,- 2012.

Свиридонов Г. Лесной огород. – М.: Молодая гвардия; 1984. – 223 с.

Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям (фитотерапия). – 2-е изд., стереотип. – М.: Недра, 1987. – 512 с.

Стояновский Д.Н. Справочник по иглоукалыванию и прижиганию. – Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1987. – 256 с.

Стояновский Д.Н. Частная рефлексотерапия: Справочник / Под ред. С.М. Зольникова. – Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1990. – 332 с.

Табеева Д.М. Практическая акупунктура. – Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1997. – 490 с.

Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1999. – 784 с.

Тыкочинская Э.Д. Основы иглотерапии. – М.: Медицина, 1979. – 343 с.

Хагаманова И. В., Павлова О.В. Роль стрессовых факторов в развитии хронической крапивницы//Вестник последипломного медицинского образования – 2001-№2, 52-54с.

Чжу-Лянь. Руководство по современной Чжэнь-цзю терапии. – М., 1959. 270 с.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКИ НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ МИТОХОНДРИЙ ЛЕГКИХ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИХ ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Т.В. Болгова, Е.В. Розова, В.И. Носарь, И.Н. Маньковская
Институт физиологии им. А.А. Богомольца НАН Украины, Киев, Украина

Вступление. Метод интервальных гипоксических тренировок (ИГТ) сегодня достаточно широко используется как способ нефармакологической коррекции ряда патологических состояний и повышения резистентности организма. Хотя, ИГТ уже достаточно широко применяется в медицинской практике – механизмы их влияния на организм все еще остаются мало изученными. Одну из ведущих ролей в механизме адаптации организма к ИГТ играют митохондрии (Мх). Взаимосвязь энергетических процессов, происходящих в этих органеллах с их морфологическими и динамическими характеристиками, по всей вероятности, лежит в основе формирования адаптивного ответа: от компенсаторного изменения формы крист, количества Мх (путем их слияния или разъединения), запуска биогенеза Мх – до активации митоптоза, патологического набухания и разрушения целостности их мембран [1].

В данной работе, мы изучали влияние трехнедельных интервальных нормобарических ИГТ с помощью газовых смесей, содержащих 12% и 7% O2 в N2 на морфологию митохондрий легких, показатели потребления O2 в этой ткани, а также при дополнительном воздействии острой гипоксии (ОГ).

Материалы и методы. Исследование проводили на 65 половозрелых крысах - самцах линии Вистар массой 200-300гр, которые были разделены на шесть групп. I группу составили контрольные животные; животные II группы дышали гипоксической смесью содержащей 7% ОГ в N2 на протяжении 30 мин. III и IV группа животных вдыхали газовую смесь, содержащую 12% 02 в N2 в течение 5 мин с чередованием 15-ти минутного дыхания атмосферным воздухом. Такой цикл повторяли 4 раза в сутки три недели, после чего, животные IV группы дополнительно дышали 30 мин смесью содержащей 7% O2 в N2. Животные V и VI групп дышали гипоксической смесью 7% 02 в N2 по такой же схеме, что и животные Ш и IV групп. По окончании эксперимента, животных декапитировали и брали легкие для дальнейшего изучения. Декапитация животных проводилась под слабым эфирным наркозом. Работа выполнялась в соответствии Европейской конвенции о защите позвоночных животных, которые используются для экспериментальных целей (Страсбург, 1986) и в соответствии с принципами Хельсинской декларации (2000).

Функциональное состояние Мх легких изучали полярографическим методом [2] в ячейке с платиновым закрытым электродом при 26^0C, погруженным в гомогенат; легкие предварительно гомогенизировали [3]. Среда гомогенизации содержала в ммоль: маннитола – 225, сахарозы – 75, EDTA – 2, Mops – 5 BSA – 0,5%,Ph – 7,3. Среда инкубации содержала в моль: KCL – 145, KH2PO4 – 5, Tris HCL – 20, pH – 7,2. Субстратами окисления были: 10 ммоль сукцината на 10 ммоль глутамата. Дыхание стимулировали 200 мкм АДФ. Содержание белка определяли по методу Лоури. По полученным хроно-ампемперометрическим кривым рассчитывали коэффициент эффективности фосфорилирования (АДФ/О).

Ультраструктуру Мх в ткани легких исследовали с помощью электронно-микроскопического метода. Препараты для микроскопии готовили по общепринятой методике [4]. Образцы ткани легких, взятых с идентичных нижних отделов легких, фиксировали в глютаральдегиде, четырехокиси осмия, обезвоживали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в смесь эпоксидных смол (аралдит-эпон). Ультратонкие срезы (40-60 нм) контрастировали в уранилацетате и цитрате свинца. В исследованиях использовали реактивы фирм Fluka (Швейцария) и Sigma (США). Препараты исследовали с помощью электронного микроскопа ПЕМ-125 (Украина). Состояние Мх оценивали морфо- и стереометрически, основываясь на подходах Вейбеля с помощью программного обеспечения Image Tool Version 3 (США), определяя общее количество Мх, количество структурно-измененных Мх, средний диаметр Мх и сумму поверхностей Мх в единице объема (Sitot) [5]. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием t критерия Стьюдента, различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Морфометрический анализ ткани легких показал (Табл.1), что общее количество Мх у животных II группы достоверно в 1,5 раза увеличивалось по сравнению с контролем. Это может свидетельствовать как об активации динамических процессов Мх, так и об инициации их биогенеза. Средний диаметр Мх увеличивался на 30%, в сравнении с таким у контрольных животных, за счет набухания Мх разной степени выраженности, притом, что общая целостность большинства органелл сохранялась. Однако количество структурно-измененных Мх достигало 18%, то есть, превышало контрольный показатель в 3,7 раза. Сумма поверхностей Мх в единице объема увеличилась в 1,4 раза относительно контрольного показателя, что связано с увеличением общего количества органелл. Такая динамика изменения Sitot может свидетельствовать о сохранении и наращивании энергетической мощности Мх легких.

Результаты исследования функционального состояния Мх в легких животных этой группы (Таблица 2) свидетельствуют о снижении АДФ/О как при использовании сукцината натрия, качестве субстрата так и при окислении глутамата натрия, что указывает на уменьшения энергетической мощности Мх.

Увеличение общего количества Мх у животных Ш группы после трехнедельной ИГТ может быть следствием активации биогенеза этих органелл, о чем свидетельствует и появление юных Мх в ткани легких этой группы животных. Умеренное набухание Мх с увеличением среднего диаметра на 20-25% принято рассматривать как показатель повышения энергетического статуса клетки, а увеличение суммы поверхностей Мх в 1,4 раза в сравнении с контрольным показателем является дополнительным подтверждением этого. Показатели АДФ/О как при окислении

сукцината имели тенденцию к увеличению, а при окислении глутамата – достоверно увеличилось на 10%. Такие изменения могут быть связанными с компенсаторной активацией АТФ-чувствительных калиевых каналов Мх [6].
Кратковременное гипоксическое воздействие у животных IV группы не приводило к существенным деструктивным изменениям Мх легких (Таблица 1). Так, общее количество Мх имело тенденцию к снижению, а количество структурно-измененных Мх – к возрастанию, по сравнению с животными III группы. Если сравнивать влияние ОГ на морфологию Мх легких у контрольных животных и животных IV группы, то следует отметить, что ИГТ в заданном режиме приводит к существенному доминированию конструктивных изменений в Мх над деструктивными. В то же время, АДФ/О при окислении обоих субстратов (Таблица 2) достоверно не изменялось, что говорит о том, что данный режим не нарушает энергетического обмена в Мх. Таким образом, действие ОГ после ИГТ с 12% О2 позволяет выявить протекторную роль адаптационных механизмов относительно энергозависимых процессов в Мх.
Трехнедельная ИГТ с 7% О2 по такой же схеме у животных V группы также способствовала увеличению общего количества Мх, но этот показатель был ниже, нежели при 12% ИГТ (Таблица 1), что может свидетельствовать о менее интенсивном процессе биогенеза, чем у животных Ш группы. В тоже время, увеличение количества структурно-измененных Мх в 5,9 раза и увеличение среднего диаметра Мх в легких у животных этой группы на 75%, по сравнению с контрольными показателями, свидетельствует о доминировании деструктивных изменений в Мх над конструктивными, а увеличение суммы поверхностей Мх (практически в 1,6 раза по сравнению с контролем) носит компенсаторный характер, направленный на поддержание энергетического метаболизм клетки. Поэтому процессы энергообеспечения в Мх легких в этой группе достоверно не изменялись по отношению к контролю как при окислении сукцината, так и при окислении глутамата.
ОГ на фоне ИГТ, проводимой по второй схеме, у животных VI группы усиливала деструктивные процессы в Мх легких. Так, количество структурно измененных Мх всего лишь за полчаса возросло с 27% до 34%. Тенденция к уменьшению суммы поверхности Мх может приводить к снижению функциональной способности митохондриального аппарата ткани легких, а незначительное увеличение общего количества Мх (с 19,0 Ед/мкм2 до 20,1 Ед/мкм2) по-видимому в большей мере свидетельствует о возможном динамическом характере этих изменений, нежели об активации процессов биогенеза. Величина АДФ/О при окислении обоих субстратов достоверно снижалась, по сравнению с таковыми у животных IV группы (Таблица 2). Полученные результаты могут указывать на нарушение циклического транспорта катионов К+ и Са2+ в Мх легких [1,6]. Таким образом, данный режим ИГТ является малоэффективным инструментом для активации адаптационных механизмов в ткани легких в ответ на неблагоприятные воздействия на организм.

Таблица 1. *Морфометрические и стереометрические характеристики митохондрий легких при заданных режимах ИГТ (M±m, n=10, a=150)*

Группы	Общее кол-во Мх, Ед/ мкм2	Количество структурно измененных Мх, %	Средний диаметр Мх, мкм	Sitot, мкм2
I	9,6±0,2	4,6±0,5	0,39±0,01	5,7±0,5
II	15,1±0,6*	18,7±0,7**	0,51±0,02*	8,0±0,2*
III	23,6±1,1**	15,0±0,9*	0,44±0,02*	8,2±0,4*
IV	21,0±0,8**	16,3±0,6*	0,43±0,02*	7,8±0,5*
V	19,0±0,7*	27,3±1,2**	0,68±0,05**	9,1±0,4*
VI	20,1±0,0*	34,0±2,6**	0,71±0,05**	8,6±0,3*

** - различия достоверны относительно контрольных величин (p<0,05);*
*** - различия достоверны относительно контрольных величин (p<0,01); a – количество случайно выбранных для расчётов участков.*

Таблица 2. *Коэффициент эффективности фосфорилирования в митохондриях легких при заданных режимах ИГТ (M±m, n=6)*

Группы	АДФ/О при окислении сукцината натрия	АДФ/О при окислении глутамата натрия
I	1,61±0,17	2,45±0,14
II	1,24±0,16*	2,26±0,13
III	1,76±0,11	2,71±0,10*
IV	1,61±0,10	1,84±0,11
V	1,54±0.12	1,61±0,13
VI	1,3±0,10**	2,08±0,11**

** - различия достоверны относительно контрольных величин (p<0,05);*
*** - различия достоверны относительно ИГТ (p<0,05); n – количество исследуемых животных в группе.*

Проведенные исследования дают возможность судить о значительном превалировании адаптивных изменений в Мх легких над деструктивными при использовании гипоксической смеси с 12% О2 в N2 для ИГТ. Использование ИГТ с 7% О2 в N2 во вдыхаемой газовой смеси является малоэффективным инструментом формирования адаптивных реакций в Мх легких. Для более глубокого понимания механизмов воздействия ИГТ, мы считаем целесообразным изучить динамические свойства Мх. Это позволит расширить как представления о путях выработки адаптационных изменений в Мх, так и разработать новые подходы к снижению деструктивных нарушений в этих органеллах для минимизации негативного воздействия ИГТ.

Литература.
Лукьянова Л.Д. Современные проблемы адаптации к гипоксии. Сигнальные механизмы и их роль в системной регуляции / Л.Д.Лукьянова // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 2011. - № 1. - С. 3-19.
Chance B.W., Williams V.R. The respiratory chain and oxidative phosphorylation / B.W. Chance, V.R. Williams // Adv. Enzymol. – 1956. – V.17, N 1. – P. 65-132.
Fisher A. B. Respiration of rat lung mitochondria and the influence of Ca2+ on substrate utilization / A.B. Fisher, A. Scarpa, K.F. LaNoue // Biochemistry. - 1973 – Vol.12, № 7. – P. 1493–1445.
Карупу В.Я. Электронная микроскопия / В.Я. Карупу. – К.: Вища школа, 1984. – 208 с.
Ташке К. Введение в количественную цито-гистологическую морфологию / К. Ташке. – Бухарест: Изд-во Академии СРР, 1980. – 192 с.
Миронова Г.Д. Митохондриальный АТФ-зависимый калиевый канал. I. Структура канала, механизмы его функционирования и регуляции / Г.Д.Миронова, Е.В.Качаева, А.Т.Копылов // Вестник Российской АМН. – 2007. - № 2. – С. 34-42.

АМПЛИТУДНО-ФАЗОВЫЕ СПЕКТРАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО СИГНАЛА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА

А.М. Большаков, В.Н. Крутько, В.В. Пырву
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Электрокардиограмма (ЭКГ) до настоящего времени является наиболее широко распространенным методом диагностики болезней сердца. Однако отклонения ЭКГ от нормы, за исключением некоторых типичных признаков нарушения возбудимости и проводимости миокарда, дают возможность только предположить наличие патологии. Условно-патологические отклонения в элементах ЭКГ могут быть индивидуальными вариантами нормы. Одним из математических методов, применяемых для увеличения информативности анализа ЭКГ, является преобразование Фурье. Основным недостатком работ, применяющих этот подход, является использование лишь амплитудной частотной характеристики спектра без учета фазовых характеристик. Целью настоящей работы являлось исследование возможностей извлечения новой информации из ЭКГ на основе интегрированного рассмотрения ее спектра как структуры, определяемой амплитудными и фазовыми характеристиками гармоник. Для достижения поставленной цели решены следующие задачи: 1. Разработаны новые графические представления спектра ЭКГ на основе амплитудных и фазовых характеристик его гармоник; 2. Проведен сравнительный анализ спектров сигналов ЭКГ здоровых людей и людей с диагнозом инфаркт миокарда. Материалы и методы исследования: 50 оцифрованных записей ЭКГ здоровых пациентов и 50 оцифрованных записей ЭКГ пациентов с диагнозом инфаркт миокарда из базы данных «PTB Diagnostic ECG Database» архива данных сигналов ЭКГ «PhysioBank», метод дискретного преобразования Фурье PJ-участков сигналов ЭКГ. Результаты исследования показали, что при анализе спектра ЭКГ важно принимать во внимание не только амплитуды, но и фазы гармоник спектра в качестве информативных характеристик сигнала. В различных состояниях человека (в норме и при патологии, в покое и при нагрузке) меняется форма ЭКГ, которая может быть однозначно определена лишь посредством обеих амплитудных и фазовых характеристик гармоник спектра. Среди возможных графических представлений амплитудных и фазовых характеристик ЭКГ наиболее удобным представляется изображение данных характеристик на комплексной плоскости, что позволяет визуально одновременно оценивать значения и величину разброса амплитуд и фаз каждой гармоники при исследовании совокупности анализируемых участков ЭКГ, а также относительное расположение различных гармоник на комплексной плоскости. Было показано, что амплитудно-фазовые характеристики спектра PJ-участков ЭКГ здоровых людей имеют меньшие показатели разброса по сравнению с аналогичными характеристиками людей с инфарктом миокарда. Предложенный метод анализа и визуального представления спектральных характеристик ЭКГ повышает информативность спектральных методов оценки ЭКГ и открывает пути к построению новых диагностических алгоритмов для анализа изменений электрической активности сердца и дополнительных критериев для поддержки принятия решений в профилактической и реабилитационной практике.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОНТЕКСТЕ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Т.С. Борисова, Н.А. Болдина, М.М. Солтан, Ж.П. Лабодаева
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Внедрение информационных технологий в образовательный процесс и досуг делает актуальным аспект их безопасного применения. Глобальная компьютеризация порождает множество серьезных проблем, обусловленных особенностями взаимодействия растущего организма и машины, диктует необходимость охраны здоровья и предупреждения негативного влияния информационных технологий на функциональное состояние пользователей.
Цель исследования заключалась в изучении вероятности риска возникновения компьютерной зависимости у учащихся общеобразовательных учреждений и студентов ВУЗа. Задачи исследования предусматривали выявление у

учащихся старших классов гимназий и молодежи признаков компьютерной зависимости и «компьютерного синдрома», а также факторов риска и их формирования.

Объект исследования – 121 учащийся 9-х классов гимназий и 105 студентов Белорусского государственного медицинского университета. В работе использованы методы анонимного анкетирования и математической статистики.

Около половины проанкетированных респондентов проводят за компьютером в среднем три-четыре часа в сутки (50,0% гимназистов и 46,0% студентов). Не могут более одного дня обходиться без компьютера и интернета 57,1% учащихся и 76,3% студентов. Эмоциональный подъем, оживление, предвкушение удовольствия во время пребывания за компьютером испытывают 49,1% школьников и 46,5% студентов. На агрессивность и раздражительность старшеклассников при ограничении времяпрепровождения за компьютером указывают 41,2% родителей. Юноши несколько чаще, чем девушки, испытывают потребность в помощи компьютера с целью снятия стресса и при затруднении принятия решения в жизненных ситуациях. Из-за частого и длительного пребывания за компьютером пренебрегают домашними, семейными и общественными обязанностями каждый четвертый учащийся гимназии и каждый третий студент университета. Увлечение компьютером вызывает потерю интереса к учебе и снижение успеваемости у 27,3% гимназистов и 23,1% студентов.

Из-за не контролируемого времени пребывания в социальных сетях или компьютерных игр отмечают сокращение продолжительности сна 51,4% девятиклассников и 63,2% студентов, нарушение режима питания - 18,1% и 15,2% соответственно группам наблюдения. Головные боли и боли в спине характерны для 35,3% учащихся гимназии и 53,4% студентов. На чувство усталости, сухость глаз, боль в области глазниц и лба указывают 20,3% гимназистов и 33,3% студентов университета. Каждый третий респондент отмечает снижение остроты зрения. Мероприятия, направленные на предотвращение неблагоприятного воздействия компьютера и профилактику компьютерного синдрома, сводится лишь к перерывам в работе за компьютером, на что указывают 41,3% гимназистов и 36,1% студентов.

Выводы. У современной учащейся молодежи существует выраженный риск формирования компьютерной зависимости и «компьютерного синдрома». Создание системы персонализированной профилактики компьютерной зависимости и широкое освоение новых ресурсов целенаправленных профилактических мероприятий среди пользователей, при поддержке педагогов и родителей позволит сформулировать концепцию оптимизации образовательного процесса и образа жизни учащихся, а также разработать программу медико-психологических мероприятий нацеленную на сохранение здоровья молодежи.

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА ФИЗИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА ЛИЦ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

О.Я. Брежнева, О.А. Цой, С.А. Мозговой, Д.Е. Егорова, В.А. Зацепин
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Введение. Значительная роль дистресса, тревожности, депрессии и пессимизма для результативности занятий физической культурой и спортом признается не только учёными (психологами, психиатрами и врачами спортивной медицины), но и большинством практикующих тренеров и преподавателей во всём мире (Ачкасов Е.Е., 2014).

Цель. Изучение влияния депрессии лёгкой и умеренной степени на ряд показателей функционального обследования физических качеств (выносливости и быстроты) спортсменов и занимающихся лечебной физкультурой.

Материал и методы. Во врачебно-физкультурном диспансере г. Подольск, в детской городской поликлинике №146 г. Москва и среди студентов Первого МГМУ им. И.М.Сеченова нами было обследовано 103 человека в возрасте 12-18 лет, средний возраст – 14,6±1,2 лет, все мужского пола. Данные пациенты были разделены на три группы: одна группа контроля (35 школьников и студентов) – без эмоциональных нарушений и две исследуемых группы (по 34 пациента) – с разной степенью депрессивных проявлений. По МКБ-10 диагнозы у пациентов были следующими – депрессивный эпизод, лёгкой степени, с соматическими симптомами (35,9%) и расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция (64,1%). В нашем исследовании мы использовали пробу Штанге и измерение простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР) с помощью компьютерной программы «Эффектон» для диагностики быстроты и выносливости.

Результаты. Была выявлена обратная зависимость между временем задержки дыхания по Штанге и выраженностью непсихотической депрессии ($p<0,05$) и прямая зависимость между временем ПЗМР и степенью депрессивных симптомов ($p<0,05$).

Выводы. Данное исследование показало, что наличие клинически выраженного (умеренного) депрессивного расстройства приводит к уменьшению временных результатов пробы на устойчивость к респираторной гипоксии и увеличению времени ПЗМР.

ОЦЕНКА СТАТУСА ПИТАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ НА ФОНЕ НЕДОСТАТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ВИТАМИНОВ В2 И РР

Т.Н. Валаханович, Т.С. Борисова
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Дефицит потребления витаминов является распространенным явлением и постоянно действующим фактором, оказывающим отрицательное влияние на рост и развитие детей. Поэтому оценка состояния здоровья растущего организма в связи с характером питания и своевременная его коррекция является актуальным аспектом профилактической медицины.

Целью исследования была оценка статуса питания детей, сформировавшегося на фоне недостаточной обеспеченности рациона витаминами В2 и РР.

Материалы исследования включали анализ фактического потребления витаминов с рационом питания дошкольников (по бухгалтерским накопительным ведомостям, меню-раскладкам, методом 24-часового интервьюирования), изучение состояния здоровья детей (50 человек) путем соматоскопического обследования, выкопировки данных из медицинской документации, биохимических и иммунологических исследований, анкетирования родителей. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета статистического анализа STATISTICA 10,0.

Комплексное изучение предшествующего фактического питания дошкольников (ретроспективный анализ организованного питания за 2010-2013гг., изучение дополнительного домашнего питания в будние и выходные дни) позволили установить, что энергоценность рациона соответствует энерготратам дошкольников и составляет 95,53% от верхней границы рекомендуемой нормы. При этом фактическое питание не обеспечивает потребности организма в ряде незаменимых нутриентов, наиболее недостающими из которых были витамин В2 и РР (дефицит потребления составил около 15% и 16% соответственно от нижней границы нормы). Их сниженное поступление с пищей носило постоянный характер на протяжении всего анализируемого периода и составило: по рибофлавину 0,79±0,05 мг в условиях организованных коллективов с некоторой компенсацией за счет домашнего питания в будние (0,3±0,03мг) и в выходные дни (0,85±0,04 мг); по ниацину– 8,86±0,8 мг в рационах организованного питания и 2,69±0,24 мг в будние и 9,4±0,37 мг в выходные дни.

Недостаток потребления витаминов В2 и РР подтверждается их низким уровнем экскреции с мочой (409,4 ± 9,43мкг/г креатинина и 2,9 ± 0,17мкг/г креатинина соответственно).

Длительный недостаток потребления незаменимых компонентов питания отразился на состоянии здоровья дошкольников. У всех детей группы наблюдения выявлены те или иные микросимптомы витаминной недостаточности: со стороны кожи (сухость, шелушение, бледность, воспалительные явления), со стороны слизистой оболочки рта и губ (поперечные трещины на губах, краевые заеды, воспаление слизистой) и нервной системы (расстройства сна, раздражительность, быстрая утомляемость).

В ходе исследования выявлено также снижение степени сопротивляемости организма воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды, что подтверждено показателем роста общей поверхностной микрофлоры (превышение у 58,33% детей), увеличенным ростом колоний маннитутилизирующего стафилококка у 16,67% дошкольников, сниженной активностью и концентрацией лизоцима слюны у 60% детей.

Таким образом, на фоне дефицита потребления витаминов В2 и РР в суточных рационах дошкольников формируется недостаточный статус питания, что подтверждается соматоскопическими, иммунологическими и биохимическими показателями и диктует необходимость его целенаправленной коррекции.

КЛАССИФИКАЦИОННАЯ НОМЕНКЛАТУРА КОМПЛЕМЕНТАРНОЙ МЕДИЦИНЫ

А.М. Василенко
ФГБУ Российский Научный Центр Медицинской Реабилитации и Курортологии МЗ РФ, Москва, Россия

Комплементарная медицина (КМ) объединяет «народную», «традиционную – нетрадиционную» и др. ранее использовавшиеся названия разделов здравоохранительной деятельности, не входящие в формат конвенциональной медицины. Несмотря на приоритетность использования высокотехнологичных диагностических и лечебных средств и методов (СиМ), КМ становится всё более востребованной современным обществом. При этом остаются недостаточно проработанными вопросы её классификации и номенклатуры.

Цель данной работы заключается в разработке классификационной номенклатуры СиМ КМ, необходимой для государственного регулирования их использования, лицензирования деятельности юридических и физических лиц и формирования программ подготовки специалистов.

Для удобства пользования классификацией и обеспечения её открытости для неизбежных изменений она формируется по иерархическому принципу аналогично классификации животного и растительного мира Карла Линнея. Вместо словесной бинарной номенклатуры целесообразно использовать трёхуровневую цифровую номенклатуру. Первая цифра кода обозначает принадлежность к определённому типу КМ, вторая - принадлежность к определённому классу внутри этого типа, третья – название конкретных СиМ КМ. Ввиду тезисной формы данного сообщения ниже представлены лишь типы и классы КМ.

1. Целостные комплексные традиционные этногеографические медицинские системы:

1.1 Греко-арабская (Унани), 1.2 Индийская, 1.3 Китайская, 1.4 Монгольская, 1.5 Славянская, 1.6 Тибетская, 1.7 Японская.
2 Натуропатия: 2.1 Ароматерапия, 2.2 Гомеопатия, 2.3 Дендротерапия, 2.4 Диеты, 2.5 зоотерапия, 2.6 Ландшафтотерапия, 2.7 Непищевое применение средств животного и минерального происхождения, 2.8 Фитотерапия.
3 Психосоматическая медицина: 3.1 Арт-медицина, 3.2 Гипнотерапия, 3.3 Медитативные техники, 3.4 Психотерапевтические методы и техники, не входящие в конвенциональную медицину.
4. Манипулятивные телесно – ориентированные практики (кроме видов, признанных конвенциональной медициной): 4.1 Кинезотерапия, 4.2 Мануальная терапия, 4.3 Массаж, 4.5 Остеопатия.
5. Комплементарные диагностические и прогностические методы: 5.1 Органолептические методы, 5.2 Экстрасенсорные методы.
6. Инновационные диагностические и терапевтические технологии: 6.1 Аппаратные методы рефлекторной диагностики, 6.2 Биорезонансная диагностика и терапия, 6.3 Моно- и мультимодальные диагностические и терапевтические технологии, 6.4 Регистрация фоновых и индуцированных излучений биологических объектов.
Предстоящую детализированную классификационную номенклатуру проиллюстрируем на примере Традиционной Китайской Медицины.
1. Целостные комплексные традиционные этногеографические медицинские системы
1.3 Китайская Традиционная Медицина: 1.3.1 Диагностические методы: пульсовая и лингвальная диагностика, специфические критерии оценки результатов органолептического обследования, формулирование синдромального диагноза в терминах китайской традиционной медицины; 1.3.2 Национальные разновидности применения натуропатических СиМ растительного и животного происхождения; 1.3.3 Традиционная чжень-цзю (аку- и термопунтура); 1.3.4 Фэн-шуй; 1.3.5 Цигун.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ГИПОКСИИ И НЕКОНВЕНЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ СОЧЕТАННОЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Т.Н. Василькова, Ю.А. Рыбина
ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Цель. Изучить роль функционально-лабораторных параметров гипоксии и неконвенционных факторов риска в прогрессировании сочетанной кардиореспираторной патологии.
Задачи. Исследовать корреляционные взаимосвязи функционально-лабораторных параметров гипоксии и неконвенционных факторов риска у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и гипертонической болезнью (ГБ).
Материалы и методы исследования. Обследовано 82 больных ГБ II стадии в сочетании с ХОБЛ средней степени тяжести в стадии неполной ремиссии. Средний возраст обследованных - 55,6±2,2 года. Средняя длительность ГБ - 8,1±1,0 год, ХОБЛ - 6,5±1,2 года. Статистический анализ результатов проведен в программе BIOSTAT. Степень достоверности выявленных различий определяли с помощью параметрического t-критерия Стьюдента. Для определения линейной связи количественных признаков применяли коэффициент корреляции Пирсона.
Результаты исследования: нами выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем ОФВ1 ($r=-0,78$; $p<0,05$), индексом Тиффно ($r=-0,74$; $p<0,05$), степенью ДН ($r=0,84$; $p<0,05$) и уровнем эритроцитов; ОФВ1 ($r=-0,78$; $p<0,05$), индексом Тиффно ($r=-0,57$; $p<0,05$), гипоксемии ($r=-0,85$; $p<0,05$) и уровнем гемоглобина; ОФВ1 ($r=-0,54$; $p<0,05$) и уровнем тромбоцитов. Зафиксирована обратная взаимосвязь между ОФВ1 ($r=-0,67$; $p<0,05$), ФЖЕЛ ($r=-0,58$; $p<0,05$), ДН ($r=0,63$; $p<0,05$) и уровнем АЛТ; ОФВ1 ($r=-0,54$; $p<0,05$), гипоксемии ($r=-0,66$; $p<0,05$) и уровнем АЛТ. Так как гипоксия приводит к усилению агрегации тромбоцитов, установлена взаимосвязь между выраженностью гипоксемии и повышением уровнем тромбоцитов ($r=-0,77$; $p<0,05$), фибриногена ($r=-0,81$; $p<0,05$), что свидетельствует о повышении риска тромбообразования у этой категории больных. Выявлена зависимость между гипоксемией и уровнем ПТИ ($r=-0,64$; $p<0,05$). Нами была получена прямая взаимосвязь между индексом массы тела (ИМТ) и уровнем фибриногена ($r=0,82$; $p<0,05$), уровнем ПТИ ($r=0,79$; $p<0,05$). Немаловажную роль в формировании и прогрессировании рестриктивных нарушений играет избыточная масса тела, так установлена корреляция между ФЖЕЛ и ИМТ ($r=-0,67$, $p<0,05$), ОФВ1 и ИМТ ($r=-0,89$, $p<0,01$), индекса Тиффно и ИМТ ($r=-0,57$, $p<0,01$). Нами выявлены сильные обратные корреляционные связи между ИМТ и сатурацией крови ($r=-0,91$, $p<0,02$) и между ИМТ и вторичной эмфиземой легких ($r=0,85$, $p<0,05$). При проведении корреляционного анализа выявлена тесная отрицательная взаимосвязь ОФВ1 с модифицируемыми факторами риска: индексом курящего (ИК) ($r=-0,74$, $p<0,01$), уровнем употребления алкоголя ($r=-0,84$, $p<0,05$). Кроме того нами установлены взаимосвязи индекса Тиффно с ИК ($r=-0,45$, $p<0,001$), уровнем употребления алкоголя ($r=-0,63$, $p<0,05$). Достоверные корреляционные связи выявлены между уровнем употребления алкоголя и ферментемией ($r=0,71$; $p<0,05$), АД ($r=0,53$; $p<0,05$).
Таким образом, комплексное выявление и воздействие на все факторы гипоксии позволят не только предотвратить развитие заболеваний, но и замедлить прогрессирование гипертонической болезни и хронической обструктивной болезни легких.

mHEALTH КАК СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ (НА ПРИМЕРЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА)

А.В. Владзимирский, П.П. Кузнецов, А.Н. Подгребельный
МИАЦ РАМН, Москва, Россия

mHealth (мобильное здоровье) – это реализация организационных и клинических аспектов здравоохранения при поддержке мобильных устройств (термин и данное определение предложены профессором Robert Istepanian. По сути, mHealth обеспечивает предоставление услуг электронного здравоохранения (eHealth) посредством мобильных телекоммуникационных устройств (мобильных телефонов, смартфонов, коммуникаторов, планшетов и т.д.) [1]. Возможности mHealth чрезвычайно высоки, прежде всего к ним относятся следующие [1]:

1. Коммуникативные:
- распространение информации о здоровье,
- лучшая коммуникация для мед.работников,
- своевременное предоставление публичной информации о здоровье в полном объеме,
- повышение доступности медицинских услуг и информации о здоровье.

2. Превентивные:
- инструмент для удаленного сбора информации о здоровье,
- мониторирование эпидемиологической ситуации,
- улучшение работы с группами риска,
- обучение пациентов и групп риска, проведение профилактических мероприятий.

3. Клинические:
- медицинские услуги в точке необходимости,
- поддержка лечебно-диагностического процесса,
- оценка качества помощи,
- телемониторинг,
- повышение качества диагностики и мониторинга динамики заболеваний,
- новые возможности и повышение качества непрерывного медицинского образования.

С точки зрения профилактической медицины mHealth представляет собой уникальный инструмент – тем или иным вариантом мобильного телефона пользуется практически каждый взрослый житель нашей планеты. Следовательно, в распоряжении систем здравоохранения имеется довольно универсальное индивидуальное устройство для сопровождения биосоциального цикла индивида, по сути – для организации медицинской поддержки и профилактики [2].

В последнее время в мире широкое распространение получили mHealth-инструменты для лиц, страдающих сахарным диабетом [5-6]. На рынке их количество исчисляется сотнями, в основном, это приложения, обеспечивающий самоконтроль (self-management) физиологических параметров, диеты, приема медикаментов [4]. Есть публикации, подтверждающие позитивную роль средств mHealth в обеспечении приверженности к медикаментозной терапии, улучшении физического и психо-эмоционального статуса, а также - в раннем выявлении отклонений уровня глюкозы крови [3].

В настоящее время нами реализуется проект «Виртуальный госпиталь «mHealth»« (www.portalramn.ru). Собственно виртуальный госпиталь рассматривается нами как платформа получения медицинских и связанных со здоровьем услуг, которая использует широкий спектр доступных, эффективных и безопасных компьютерно-телекоммуникационных, прежде всего – мобильных, портативных, технологий.

В контексте проблемы сахарного диабета «Виртуальный госпиталь «mHealth»« предоставляет комплексную услугу индивидуального медицинского сопровождения индивида, страдающего сахарным диабетом; услуга базируется на программе добровольного медицинского страхования и автоматизированной mHealth-системе «НормаСахар». Данная услуга позволяет повысить личную ответственность лиц, страдающих любым типом сахарного диабета, за состояние собственного здоровья и контроль физиологических параметров. Система обеспечивает снижение рисков хронических осложнений (ангио-, невро-, артропатии и т.д.), а следовательно – уменьшение удельного веса инвалидизаций и госпитализаций, снижение финансового бремени пациента.

Литература.

Владзимирский А.В. Телемедицина [монография]. - Донецк: Изд-во «Ноулидж» (Донецкое отделение), 2011. - 436 с.

Кузнецов П.П. Реализация интегрированной электронной карты здоровья гражданина / Сб. тр., посвященный 35-летию Кустового МИАЦ и 25-летию кафедры кибернетики и информатики НГИУВ «Роль информатизации в модернизации здравоохранения: состояние, проблемы, перспективы».-Новокузнецк, 2011.-С. 20-23.

Aikens JE, Rosland AM, Piette JD. Improvements in illness self-management and psychological distress associated with telemonitoring support for adults with diabetes. Prim Care Diabetes. 2014 Jul 22. pii: S1751-9918(14)00074-6.

Arnhold M, Quade M, Kirch W. Mobile applications for diabetics: a systematic review and expert-based usability evaluation considering the special requirements of diabetes patients age 50 years or older. J Med Internet Res. 2014 Apr 9;16(4):e104.

Pulman A, Taylor J, Galvin K, Masding M. Ideas and enhancements related to mobile applications to support type 1 diabetes. JMIR Mhealth Uhealth. 2013 Jul 25;1(2):e12.

Tatara N, Arsand E, Skrøvseth SO, Hartvigsen G. Long-term engagement with a mobile self-management system for people with type 2 diabetes. JMIR Mhealth Uhealth. 2013 Mar 27;1(1):e1.

ТЕЛЕРЕАБИЛИТАЦИЯ: ПРИНЦИПЫ, СИСТЕМЫ, ЭКСПЛУАТАЦИЯ

А.В. Владзимирский, П.П. Кузнецов
МИАЦ РАМН, Москва, Россия

Ключевым компонентом современного здравоохранения является телемедицина, позволяющая эффективно решить целый ряд критичных задач отрасли. В течение последних двадцати лет четко сформировался ряд клинических направлений (телекардиология, теледерматология, телепсихиатрия, телеофтальмология и т.д.), позволяющий говорить о становлении частной телемедицины.

Телереабилитация – направление клинической телемедицины; комплекс реабилитационных, ассистирующих мероприятий и учебных программ, которые предоставляются пациенту дистанционно посредством телекоммуникационных и компьютерных технологий (преимущественно на амбулаторном этапе лечения) [1].

Целью телемедицинской реабилитации (телереабилитации) пациентов является быстрая социальная и трудовая адаптация, максимально возможное восстановление функций, навыков самообслуживания и труда. Телереабилитация направлена на выполнение двух задач:

- повышение функциональных возможностей пациента в его/ее собственной среде жизни;
- предоставление терапевтической помощи.

Наиболее распространенные клинические сферы применения телереабилитации: нейропсихология, расстройство речи, аудиология, физиотерапия и лечебная физкультура, ортопедия, неврология.

Телереабилитация осуществляется на амбулаторном (реже госпитальном) этапе, при отсутствии в лечебно-профилактическом учреждений соответствующего врача-специалиста, а также в тех случаях, когда расстояние является критическим фактором. Она включает к себе постоянное мониторирование функционального состояния, контроль правильности (адекватности) программы восстановительных и других лечебных мероприятий, коррекцию данной программы, оценку изменений в общем и локальном состояниях пациента.

Телереабилитация - это достаточно сложный комплекс различных телемедицинских процедур, наиболее полно описываемый так называемой «Моделью процессов для телереабилитации» J.Winter, 2000 [14,15].

На основе литературных данных и градации роботизированных систем по Carignan и Krebs (2006) [5] мы предлагаем следующий вариант классификации систем телереабилитации (Владзимирский А.В., 2011, [1]):

1. Синхронные
2. Сенсорные интерактивные (роботизированные):
2.1. Унилатеральные.
2.2. Билатеральные:
- иерархические,
- интегрированные.
3. Биотелеметрические.
4. Мобильные
5. Веб-интегрирующие.

К основным видам систем телереабилитации относятся: синхронные, сенсорные интерактивные (роботизированные), биотелеметрические, мобильные, веб-интегрирующие.

Синхронные системы телереабилитации. Синхронные телереабилитационные системы основываются на сеансах видеоконференц-связи между врачом-специалистом и пациентом для дистанционного контроля качества и точности выполнения восстановительной лечебной программы. По-сути, врач-специалист осуществляет так называемое телементорство – дистанционное обучение пациента выполнению упражнений и заданий восстановительно-лечебной программы. При этом используются два метода организации видеоконференции “пациент – врач-специалист” [1,3,12,14]: программные по протоколу H.32x или VoIP; видеозвонки с помощью мобильных телефонов. Синхронные системы телереабилитации применяются и как средство мультидисциплинарной терапии (например, совместное выполнение восстановительной программы под руководством врача-физиотерапевта и врача-невролога и т.д.).

Комплект оборудования пациента для синхронной телеребилитации может быть реализован в виде портативного комплекса, состоящего из специального кейса, ноутбука, сдвоенной веб-камеры, средств беспроводной связи, дополнительных опциональных электронных и электро-механических тренажеров, инструментов для антропометрических измерений.

Сферы применения синхронных телереабилитационных систем на основе видеоконференц-связи:

– нарушения двигательных функций (ортопедо-травматологическая, неврологическая патология);
– посттравматические стрессовые расстройства;
– восстановительный амбулаторный период пациентов, перенесших эн-
допротезирование крупных суставов;
– инструктаж и обучение пациентов, использующих инвалидные кресла, также для обеспечения функциональной подвижности человека с ограниченными возможностями в домашних условиях;
– нарушения речи.

Сенсорные интерактивные (роботизированные) системы. Сенсорные интерактивные системы, в том числе использующие возможности виртуальной реальности, применяются для телереабилитационных программ у пациентов с различными физическими нарушениями [1-2, 5]. Подобные системы состоят из:

1) комплекта пациента: персональный компьютер, специальное программное обеспечение для выполнения восстановительных упражнений (обычно используются элементы компьютерных игр, трехмерной графики,

виртуальной реальности и т.д.); электромеханический или электронный тренажер или устройство взаимодействия (джойстик);
2) комплекта врача: сервер медицинского учреждения, персональный компьютер врача-специалиста, специальное программное обеспечение, программные или аппаратно-программные средства дистанционного управления/контроля тренажера пациента;
3) линии связи: Интернет-канал (закрытый или открытый), ISDN-канал.
В процессе применения сенсорной интерактивной системы пациент выполняет программу упражнений с помощью электромеханического или электронного тренажера, при этом осуществляется телеметрия и автоматизированный анализ эффективности выполнения. Курирующий врач может оценить действия и прогресс пациента, а также синхронно участвовать и управлять выполнением реабилитационной программы.
Типовыми сенсорными интерактивными системами для телереабилитации являются:
1. Телереабилитационные системы с электронной интерактивной перчаткой применяются у пациентов с последствиями травм и ортопедических заболеваний кисти, а также у пациентов с неврологической патологией [6-7, 9-11].
2. Интерактивные тренажерные комплексы. Данный подвид телереабилитационных систем представляет собой наборы электро-механических и электронных тренажеров, позволяющих выполнять упражнения для восстановления разнообразных функций верхней конечности у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.
Биотелеметрические телереабилитационные системы. Биотелеметрические телереабилитационные системы создаются на основе комплексов клинической биотелеметрии (радиотелемониторинга). Использование радиотелемониторинга обеспечивает объективную оценку адаптационных возможностей, контроль и управление процессом физического восстановления пациентов с сердечно-сосудистой патологией путем дистанционной оценки состояния кардио-респираторной системы пациента [4]. Непрерывный контроль электрокардиограммы, артериального давления, частоты дыхания и сатурации пациентов, выполняющих тот или иной вид физических упражнений, и автоматическая индикация тревоги угрожающих состояний существенно повышают качество программы физической реабилитации. Кардиологические телереабилитационные системы включают в себя два компонента: видеонаблюдение за пациентом и радиотелемониторинг.
Мобильные телереабилитационные системы. Беспроводные мобильные устройства связи (телефоны, смартфоны, коммуникаторы, КПК) используются в системах телереабилитации следующим образом:
– регулярное уведомление-напоминание SMS-сообщением пациенту о необходимости выполнения программы упражнений [8];
– телеконтроль – процесс выполнения упражнений, отдельных элементов или достигнутых результатов фиксируются в виде цифровых фотографий или видеороликов, которые затем отсылаются врачу-специалисту в виде MMS-сообщений; мобильные видеозвонки выполняются при необходимости более точного контроля выполнения программы, обучения пациента новым упражнениям [8];
– как компонент биотелеметрической телереабилитационной системы;
– как инструмент для удаленной работы с веб-интегрирующей системой - с помощью мобильного телефона или коммуникатора врач-специалист может мониторировать процесс выполнения психотерапевтической восстановительной программы пациентом с помощью специального веб-сайта.
Веб-интегрирующие телереабилитационные системы. Веб-интегрирующие телереабилитационные системы это специализированные Интернет-порталы с набором функций, нацеленных на выполнение восстановительных программ пациентами и дистанционный контроль данного процесса медицинскими работниками. Обычные функциональные компоненты подобных веб-порталов следующие [13]:
– курсы (модули) дистанционного обучения, дискуссионные форумы и информационно-методические материалы для пациентов;
– системы видеоконференц-связи с веб-интерфейсом;
– системы самооценки (тесты, шкалы и т.д.);
– модули подключения интерактивных сенсорных тренажерных устройств с соответствующим программным обеспечением (для выполнения восстановительных упражнений и заданий);
– средства удаленной работы с базами данных (для медицинских работников).
Выводы. Телереабилитация является самостоятельным направлением телемедицины, которое базируется на собственной методологической базе. Основные преимущества использования телереабилитации: снижение количества транспортировок пациентов, улучшение клинической поддержки населения в сельской местности и небольших городах, повышение доступности специализированной помощи, прямая обучающая поддержка медицинских работников, непосредственно оказывающих помощь, уменьшение психологического чувства изолированности у медицинских работников сельских населенных пунктов, обеспечение стабильности и качества медицинской помощи в условиях кадровых проблем, использование позитивных элементов естественной среды жизни пациента, повышение управляемости процессом восстановительной терапии.

Литература

1. Владзимирский А. В. Телемедицина / А. В. Владзимирский. – Донецк: ООО «Цифровая типография», 2011. – 437 с.
2. Использование телемедицинских аппликаций в лечении и реабилитации тугоухости и частичной глухоты / П. Х. Скаржиньский, А. В. Вонсовский, Л. С. Бруский [и др.] // Укр.ж.телемед.мед.телемат.–2012. – Т.10,№1. – С. 109–110.

3. Маркелов В. Е. Телемедична система домашнього ігрового тренування рухових функцій / В. Е. Маркелов, О. О. Качмар // Укр.ж.телемед.мед.телемат.–2012.–Т.10, №1.–С. 47-51.
4. Комплекс радиотелеметрического ЭКГ мониторинга для кардиологических отделений и ОРИТ / И. А. Толкачева, Р. В. Павлович, А. В. Крамаренко, Л. В. Павлютин // IV Асамблея Асоціації розвитку української телемедицини та електронної охорони здоров'я: матеріали конф. 12 березня 2010 р. – Донецьк: ТОВ «Цифрова друкарня», 2010. – С. 13–26.
5. Carignan C. Telerehabilitation robotics: Bright lights, big future? / C. Carignan, H. Krebs // JRRD. – Vol. 43. – № 5. – 2006. – P. 695–710.
6. Dipietro L. Evaluation of an instrumented glove for hand-movement acquisition / L. Dipietro, A. Sabatini, P. Dario // J Rehabil Res Dev. – 2003. – № 40 (2). – P. 179–189.
7. Giansanti D. Digital tele-echocardiography: a look inside. Ann Ist Super Sanita / D. Giansanti, S. Morelli. – 2009. – № 45(4). – P. 357–362.
8. Glinkowski W. Musculoskeletal 3G telerehabilitation / W. Glinkowski, M. Wasilewska, M. Gil [et al.] // Ukr. z. telemed. med. telemat. – 2007. – Vol. 5,№ 2. –P. 189–190.
9. Heuser A. Telerehabilitation using the Rutgers Master II glove following carpal tunnel release surgery: proof-of-concept / A. Heuser, H. Kourtev, S. Winter [et al.] // IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng. – 2007. – N15 (1). – P. 43–49.
10. Kuttuva M. The Rutgers Arm, a rehabilitation system in virtual reality: a pilot study / M.Kuttuva, R.Boian, A.Merians [et al.] // Cyberpsychol Behav. – 2006. – № 9 (2). – P. 148–151.
11. Placidi G. A smart virtual glove for the hand telerehabilitation / G.Placidi // – Comput Biol Med. – 2007. – № 37 (8). – P. 1100–1107.
12. Pramuka M. Telerehabilitation Technologies: Accessibility and Usability / M. Pramuka, L. vanRoosmalen // International Journal of Telerehabilitation. – Vol. 1,№ 1. – 2009. – P. 85–98.
13. Reinkensmeyer D. Web-Based Telerehabilitation for the Upper Extremity After Stroke / D. Reinkensmeyer, C. Pang, J. Nessler, C. Painter // IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering. – 2002. – Vol. 10,№ 2. – P. 102-108.
14. Winters J. Human Performance and Rehabilitation Technologies / J. Winters, C. Lathan, S.Sukthankar [et al.] // Biomechanics and Neural Control of Movement, ed. by J. Winters, P. Crago. – New York: Springer-Verlag, 2000. – P. 493–551.
15. Winters J. Motion Analysis and Telerehabilitation: Healthcare Delivery Standards and Strategies for the New Millennium / J. Winters // Pediatric Gait: A New Millennium in Clinical Care and Motion Analysis Technology, IEEE Press. – 2000. – P. 16–22.

ОЦЕНКА ОСМОТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ПОЖАРНЫХ ФПС МЧС ПО ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.Ю. Власенко, И.И. Макарова, А.В. Аксенова
ФГБОУ ВПО «Тверской государственный технический университет» Министерства образования и науки Российской Федерации, Тверь, Россия
ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия», Тверь, Россия

Одним из важнейших критериев здоровья человека является состояние адаптивных механизмов. Современные экологические условия природного, техногенного, социального и профессионального характера оказывают на них жесткое давление и требуют от индивида мобильной приспособленности к условиям жизни. К основному числу функциональных контуров, обеспечивающих устойчивость организма, относится система красной крови. Она тонко отражает воздействие различных эндогенных и экзогенных факторов и является одной их ключевых для понимания патогенеза их влияния. По современным представлениям состояние мембраны эритроцитов является индикатором степени напряжения адаптивных механизмов. Являясь безъядерными элементами, эти клетки лишены возможности пластичной регуляции своих мембранных свойств. Вследствие этого негативные воздействия потенцируют аккумулирующий эффект на их мембране, опосредованно отражающий накопление и суммацию стресс-влияний. Одним из важнейших ее физико-химических свойств является осмотическая резистентность эритроцитов (ОРЭ). При ее понижении в ситуации адаптационной напряженности наблюдается усиление гемолитических процессов.

Цель работы. Исследование ОРЭ как индикатора реактивности организма и маркера напряженности адаптивных механизмов при воздействии опасных и экстремальных профессиональных факторов у пожарных Федеральной противопожарной службы Министерства чрезвычайных ситуаций Российской Федерации (ФПС МЧС РФ).

Материалы и методы. Обследовано 124 пожарных мужского пола в возрасте от 25 до 47 лет, со стажем службы в ФПС от 3 лет до 21 года. База исследования – 2, 3 и 4 пожарные части 13-го отряда ФПС МЧС РФ по Тверской области. Контрольную группу составили 87 условно здоровых мужчин в возрасте 25 – 45 лет, не испытывавших воздействия экстремальных профессиональных факторов. Использовался метод определения ОРЭ по степени гемолиза эритроцитов капиллярной крови в изотоническом (0,9%) и гипотоническом (0,45%) растворах натрия хлорида. С помощью фотоэлектрокалориметра КФК-3 (Россия) определялась оптическая плотность надосадочных жидкостей в двух пробах при длине волны 414 нм (патент Горшковой М.А., Егоровой Е.А., Федотовой Т.А. «Способ определения осмотической резистентности эритроцитов» (RU 2328741) - Официальный бюллетень «Изобретения.

Полезные модели», 2008. – № 19 (10.07.08) RU C1, C2 02328099–02328842. – 6 с.). Для оценки значимых различий в двух независимых выборках применялся сравнительный анализ с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и выводы. В группе пожарных средне групповая ОРЭ в изотоническом (0,9%) растворе составила 1,98+ 0,34% , в контрольной группе - 1,61 + 0,23%. Значимых различий не обнаружено (p=0,867). При этом в гипотоническом (0,45%) растворе выявлены значимые различия: у пожарных - 73,36+ 2,64% , в контрольной группе - 25,16 + 1,83% (p=0,002). Можно полагать, что обнаруженное существенное снижение ОРЭ и, как следствие, повышение числа гемолизированных эритроцитов в гипотоническом растворе у пожарных отражает неустойчивое состояние эритроцитарных мембран, развивающееся под влиянием негативных профессиональных факторов: экстремальных условий труда, напряжения в условиях ожидания вызова, циркадного десинхроноза. Знание особенностей ОРЭ позволяет рекомендовать ее в качестве доступного индикатора при мониторинге функционального состояния работников с целью ранней диагностики и профилактики адаптационной напряженности.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Н.В. Власова

ГБУЗ Самарской области «Тольяттинская городская клиническая больница №1», Тольятти, Россия

В медицинской практике все актуальнее становится необходимость привлечения методов психологической коррекции в работе с пациентами.

Особое внимание приобретает интегративный подход в период стационарного лечения, когда пациент подвергается психологическому воздействию со стороны врачей, медицинских сестер, родственников – посетителей клиники, соседей по палате, а также переживает процедуры диагностики и лечения.

Целью настоящей работы являлось клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение факторов формирования психологических реакций пациентов на целостную ситуацию болезни в зависимости от профиля стационара, в связи с конкретизацией дифференцированных направлений психологической коррекции.

Изучены факторы формирования психологических реакций пациентов соматической клиники с точки зрения участников лечебно-диагностического процесса. В исследовании приняли участие 80 врачей; 89 медицинских сестер; 68 посетителей Муниципального учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница№1», г. Тольятти.

Для реализации поставленных задач в работе применялись экспериментально-психологический, статистический и факторно-математический методы.

По результатам исследования, установлено, что психологические реакции пациентов формирует все многообразие внутриличностных («конкурентность пациентов», «агрессивность пациентов», «неврозоподобный тип реагирования на заболевание» и «неготовность пациента для обращения к психологу»), социально-средовых (удовлетворенность пациентами разными сторонами лечебно-диагностического процесса, недостаточное внимание со стороны родственников и личностные характеристики медицинского персонала) и клинических факторов (тяжесть состояния при госпитализации).

Изучение взаимосвязи всего комплекса исследованных факторов является, по данным проведенной работы, ресурсом оптимизации психологической интервенции и определяет, по нашему мнению, феномен, который обозначается в литературе понятием «терапевтическое поле» (Б.Д.Карвасарский), то есть весь спектр воздействующих на пациента обстоятельств, сопряженных с целостной ситуацией заболевания, диагностики, лечения и реабилитации.

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Психологические реакции пациентов обусловлены совокупностью внутриличностных («конкурентность», «агрессивность», «неврозоподобный тип реагирования на заболевание», «неготовность для обращения к психологу»), социально-средовых (удовлетворенность пациентов разными сторонами лечебно-диагностического процесса, недостаточное внимание к больному со стороны членов семьи, личностные характеристики персонала) и клинических факторов (тяжесть состояния пациента при госпитализации).
2. Общими факторами формирования психологических реакций в лечебно-диагностическом процессе у пациентов терапевтического, неврологического, хирургического стационаров являются такие социально-средовые факторы как удовлетворенность разными сторонами лечебно-диагностического процесса и недостаток внимания и поддержки со стороны семьи.
3. Специфика взаимосвязи внутриличностных, социально-средовых и клинических факторов и психологических реакций пациентов в зависимости от профиля стационара в лечебно-диагностическом процессе определяет мишени психологической интервенции и является критерием для дифференциального подхода работы медицинского психолога в соматической клинике.

НОВАЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА, СПОСОБСТВУЮЩАЯ ВОССТАНОВЛЕНИЮ ХРЯЩЕВОЙ ТКАНИ СУСТАВА. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Е.Е. Волков, С.Э. Ностаева
Специализированный центр по лечению асептического некроза, Москва, Россия

Дегенеративно-дистрофические поражения суставов (остеоартроз, асептический некроз, остеопороз), в особенности тазобедренных, становятся все более распространенными и темпы их прироста сравнимы с темпами прироста сердечно-сосудистой патологии. Обнадеживающие результаты консервативного лечения в последние годы дают внедрения инновационных подходов в комплексной терапии. В течение 9 лет в нашем центре успешно применяется комплексный метод, сочетающий применение терапевтического аппарата «Остеон-1», специальные виды лечебной гимнастики и применение ряда фитопрепаратов. Для приёма per os используется импортируемая из КНР биодобавка Чэн цзай вань, состоящая из компонентов растительного и животного происхождения, применяемых в традиционной китайской медицине.

Цель исследования состояла в экспериментальной оценке эффективности разрабатываемого взамен Чэн цзай вань отечественного комплексного биоорганического препарата. В связи с предстоящим патентованием новой отечественной биодобавки её состав в данной публикации не раскрывается, здесь она позиционируется с рабочим названием медово-травяной бальзам (МТБ).

Материалы и методы. Эксперименты проведены на мышах линии Balb/c 1,5 - 2 – месячного возраста массой 20 г в лаборатории клеточных и молекулярных основ гистогенеза Института биологии развития им. Н.К. Кольцова РАН. Использована адаптированная «преднизолоновая» модель экспериментального остеопороза. Все животные были разделены на 7 групп по 10 мышей в каждой (5 самок + 5 самцов). 1 контрольная группа – интактные мыши. Животным остальных 6-ти групп в течение 14 дней в/м вводили преднизолон по 1 мг/мышь. Животных 2-й группы забивали по окончании курса введения преднизолона, препараты их костей использовали для морфологической оценки исходной выраженности патологического процесса. Животные 3-й – тоже контрольной группы в течение 30 дней ежедневно получали порции каши, служившей основой для скармливания МТБ в 4-х опытных группах животных, которые в те же сроки получали МТБ в разных дозах: 0.5, 5.0, 50 и 250 мг/мышь. Оценку эффективности МТБ проводили путём морфологического анализа гиалинового хряща, покрывающего головки бедренных костей, окрашенного гематоксилин-эозином.

Результаты. 14-дневное введение преднизолона вызывало грубые некротические изменения хряща головок бедренных костей в виде разрушения хондроцитов, и питающих кровеносных сосудов. По истечении 30 дней в 3-й (контрольной) группе и в группе животных, получавших МТБ в 0.5 мг/мышь, гистологическая картина практически не изменялась. При дозе 5.0 мг/мышь наблюдалась слабо выраженная тенденция к регенерации хрящевой ткани. Дозозависимый регенеративный эффект получен при дозах 50 и 250 мг/мышь. Он проявлялся в восстановлении, как клеточного состава гиалинового хряща, так и кровеносных сосудов его питающих. Эффективность МТБ обнаруживалась также по различиям внешнего вида и поведения мышей в основных и 3-й (контрольной) группах животных.

Полученные данные свидетельствуют о перспективности применения разрабатываемой биодобавки в комплексном лечении дегенеративно-дистрофических поражений суставов и реабилитации больных ими страдающих.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА

О.Ф. Гаврилова
ГУ «НИИ детской курортологии и физиотерапии», Евпатория, Россия

Состояние симпатико-адреналовой системы (САС) по экскреции адреналина и норадреналина у детей с болезнью Пертеса изучалось для установления адаптационных способностей организма и с целью определения особенностей её функционирования на санаторно-курортном этапе реабилитации в зависимости от тяжести процесса, а также от пола и возраста ребёнка. Исследования мочи проводились по унифицированной методике определения катехоламиновых гормонов.

При поступлении на санаторно-курортное лечение у детей с не осложненной формой болезни Пертеса уровень адреналина в моче был в пределах нормальных значений (2,4±0,1 нг/мин) у 62 %, а содержание норадреналина оказалось сниженным (1,9±0,1 нг/мин) также у 62 % детей. После проведенного лечения, адреналин оказался нормальным у 95 % детей, а норадреналин – у 62 %. Анализ содержания катехоламиновых гормонов при поступлении на санаторно-курортное лечение у детей с осложненной формой болезни Пертеса так же показал нормальный уровень адреналина (2,4±0,2 нг/мин) при сниженном содержании норадреналина (1,9±0,2 нг/мин). После лечения количество адреналина несколько снизилось в пределах нормальных значений, а уровень норадреналина в моче нормализовался у 60 % детей. Исследования состояния САС в возрастном аспекте и по половой принадлежности подтвердили общую тенденцию у детей с болезнью Пертеса в целом по группе.

Таким образом, в исходном состоянии у детей с болезнью Пертеса имелись определенные нарушения в функционировании симпатико-адреналовой системы, которые характеризовались сниженной активностью медиаторного звена при нормальной активности адренэргического звена вне зависимости от сложности процесса, пола и возраста ребёнка. Проведенный курс санаторно-курортного лечения оказал благоприятное воздействие на

измененные показатели катехоламиновых гормонов, приведя к их нормализации, что может свидетельствовать о хороших адаптационных возможностях данной категории больных на санаторно-курортном этапе их реабилитации.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК, ПЕРЕНЕСШИХ АДНЕКСЭКТОМИЮ

О.И. Гармаш, Т.Н. Тихончук, О.Е. Витринская, Н.В. Ющенко
ГУ «НИИ детской курортологии и физиотерапии», Евпатория, Россия
ДКСС «Здравница», Евпатория, Россия

Цель работы. Разработка лечебных комплексов комплексного санаторно-курортного лечения для девочек, перенесших аднексэктомию.

Санаторно-курортное лечение девочек, перенесших аднексэктомию, направлено на профилактику или ликвидацию отдаленных последствий оперативного лечения, которые проявляются нарушениями менструального цикла, рецидивами кист, спаечным процессом, формированием кистозной дегенерации яичников. Проведены исследования у 112 девочек, перенесших аднесэктомию, при этом у всех девочек наблюдался спаечный процесс в малом тазу, а у 58 девочек наряду со спаечным процессом в малом тазу отмечались проявления кистозного процесса в оставшемся яичнике.

Среди девочек, перенесших аднексэктомию, длительность послеоперационного периода составляла до 6 месяцев -12 человек, 6-12 месяцев- 42 человека, 1-3 года -52 человек и более 5 лет -6 девочек. Наряду с жалобами на боли внизу живота (76 чел.), девочки также отмечали нерегулярные и болезненные менструации (32 чел). Патологические выделения из влагалища определялись у 18 девочек.

Санаторно-курортное лечение наряду с климатолечением, лечебным питанием, ЛФК включало фонофорез гидрокортизона на низ живота и локальную терапию в виде микроклизм с шалфеем у всех девочек. При наличии кистозного процесса в оставшемся яичнике терапию дополняли применением низкоэнергетического лазерного излучения на область придатков.

В результате санаторно-курортного лечения наблюдалось улучшение состояния девочек, при этом отсутствовали жалобы на боли внизу живота, уменьшались проявление спаечного процесса, отсутствовали патологические выделения. Санаторно-курортное лечение способствовало нормализации менструального цикла. Менструации во время пребывания в санатории были безболезненные, необильные, уменьшалось количество дней и кровопотери.

Таким образом, комплексное применение лечебных методик, включающее использование фонофореза гидрокортизона у девочек, перенесших аднексэктомию со спаечным процессом в малом тазу, дополненное низкоэнергетическим лазерным излучением у девочек, с наличием кистозного процесса в яичнике, способствовало улучшению клинического состояния девочек и нормализации менструальной функции.

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И ПРОТЕАЗНО-ИНГИБИТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

О.И. Гармаш, Л.Л. Алиев, О.Е. Витринская, Т.Б. Яваева, Н.В. Ющенко
ГУ «НИИ детской курортологии и физиотерапии», Евпатория, Россия
Детский клинический специальный санаторий «Здравница», Евпатория, Россия

Цель работы. Изучение динамики провоспалительных цитокинов и показателей протеолиза у детей с ревматоидным артритом с различной длительностью заболевания.

Динамика показателей провоспалительных цитокинов и протеиназ-ингибиторной системы заслуживает внимания в качестве биохимического критерия как локального воспалительно-деструктивного процесса, так и оценки влияния применяемых лечебных факторов.

Проведено изучение динамики содержания провоспалительных цитокинов ИЛ-β и ФНО-α, а также протеиназ (эластазоподобной активности - (ЭПА) и трипсиноподобной активности –(ТПА)), ингибиторов протеиназ (альфа-1 ингибитора протеаз (α-1ИП) и кислотостабильных ингибиторов (КСИ)) у 56 детей, больных ЮРА при поступлении в санаторий и после применения грязевых аппликаций в комплексном санаторно-курортном лечении. Анализ проведен в зависимости от длительности заболевания в ранней стадии до 3-х лет (1 группа), с 4 до 9 лет (2 группа) и после 10 лет заболевания (3 группа). До начала лечения установлено трехкратное повышение уровня ИЛ-1β во всех группах больных, причем различия между группами были несущественными. Так у больных ЮРА с длительностью до 3-х лет уровень ИЛ-1β был 36,1±4,2, а при длительности заболевания более 10 лет 32,2±3,5. Уровень ФНО-ά значительно повышен почти у всех больных, у больных с длительностью заболевания до 3-х лет (61,3+12 пг/мл, при N 0-6 мг/мл.), а у больных с длительностью процесса более 10 лет уровень ФНО-ά еще увеличился до 84,9±27,8 мг/мл. Отмечалось существенное почти двукратное увеличение эластазоподобной активности протеиназ во всех группах, однако если у детей с длительностью заболевания до 3-х лет уровень ЭПА был 0,37±0,02, норма-0,16±0,006 мкМ/мл*мин, $p \leq 0,001$, то у больных с длительностью заболевания более 10 лет показатель чуть снижался до 0,32±0,01 мкМ/мл*мин. Уровень

активности трипсиноподобных ферментов был несколько увеличен у детей с длительностью заболевания до 3-х лет (0,24±0,03, при норме 0,188±0,008 мкМ/мл*мин) и в пределах нормальных значений у больных с длительностью заболевания более 10 лет (0,17 ±0,01 мкМ/мл*мин). Исследование уровня ингибиторов протеаз определило значительное снижение α-1ИП и КСИ. Наблюдалось снижение уровня содержания α-1ИП у больных с длительностью заболевания до 3-хлет (23,3±3,3 при норме 36,45±2,56 мкМ/мл*мин, $p \leq 0,01$), и тенденция к нормализации уровня α-1ИП у больных с длительность заболевания более 10 лет (29,4±6,8 мкМ/мл*мин). Содержание кислотостабильных ингибиторов снижено более чем в 2 раза во всех группах больных (1 группа - 2,5±0,59, при норме 5,87±0,39 мкМ/мл*мин, $p \leq 0.001$, 3 группа - 2,1±1,1 мкМ/мл*мин.).

После применения грязевых аппликаций в комплексном санаторно-курортном лечении наблюдалась тенденция к нормализации уровня провоспалительных цитокинов только у больных с длительностью заболевания от 4-х до 9 лет. Под влиянием лечения нормализовались показатели трипсиноподобной активности ферментов у больных с длительностью заболевания как от 4-х до 9лет, так и более 10лет. Со стороны ингибиторов протеаз применение грязевых аппликаций способствовало нормализации уровня альфа-1 ингибиторов протеаз во всех группах больных, в то время как уровень кислотостабильных ингибиторов оставался значительно сниженным.

Таким образом, у детей с ЮРА до начала лечения наблюдалось увеличение содержания провоспалительных цитокинов, не связанное с длительностью заболевания. В то время показатели протеолиза были более тесно связаны с длительности воспалительного процесса, при этом при увеличении длительности заболевания происходила нормализация эластазоподобной и трипсиноподобной активности протеиназ и тенденция к нормализации ингибитора протеиназ α-1. Применения грязевых аппликаций в комплексном санаторно-курортном лечении способствовало нормализации провоспалительных цитокинов и показателей протеолиза у больных длительностью ЮРА более 4-х лет.

ПРОГРАММЫ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

А.Н. Герасимов
Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия
ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Актуальность. Неотъемлемой частью профессиональной деятельности эпидемиологов является статистический анализ заболеваемости [1]. При этом и характер данных, и решаемые задачи, и терминология при ретроспективном эпидемиологическом анализе достаточно специфическая, поэтому кроме универсальных программ, таких, как пакеты статистических программ, желательно иметь и специализированные решения.

Достаточно специфические задачи нужно решать и при оперативном эпидемиологическом анализе. Так, для расшифровки вспышек желательно использовать специализированные геоинформационные системы, позволяющие картографировать распространение случаев заболевания.

Освоение подобных методов анализа желательно проводить еще на этапе обучения в медицинских вузах, тем более что существующие сейчас требования к обучению в медицинских вузах прямо требуют обращать особое внимание на выработку практических навыков, одним из которых для выпускников медико-профилактического факультета является проведение эпидемиологического анализа [2].

Материалы и методы. По мере развития математики, информатики и эпидемиологии набор методов, используемых для эпидемиологического анализа, меняется и расширяется. Также меняется и структура данных – меняется территориально-административное деление, номенклатура заболеваний и прочее. Поэтому программный комплекс эпидемиологического анализа должен быть реализован не в виде некого неизменного пакета программ, а в виде постоянно обновляемого и расширяемого инструментария. В настоящий момент наиболее удобная и гибкая технология для реализации подобных решений – это Интернет-сервисы.

Использование сайта в качестве площадки для размещения программ обработки позволяет также поддерживать и обширные и актуальные объемы методической литературы, а также базы данных с фактической заболеваемостью и факторами риска.

В связи с этим кафедра медицинской информатики и статистики при помощи кафедр эпидемиологии России приступила к реализации проекта, поддерживающего перечисленные возможности. В настоящий момент основной площадкой для проекта является общедоступный сайт 1mgmu.com.

Для реализации программ в виде Интернет-сервисов на нем используется две разные технологии.

Во-первых, это серверная технология .aspx, которая позволяет размещать в Интернете программы, разработанные в среде Visual Studio, фактически как сайты. Так как вычисления при этом производятся на серверной стороне, то для того, чтобы пользоваться предоставляемыми возможностями, не нужен даже компьютер, достаточно телефона с выходом в Интернет, что может быть важно для работы в полевых условиях.

В отличие от традиционных скриптов выполняемый код и обрабатываемые им данные не передаются на сторону клиента, который получает лишь сгенерированную веб-страницу с результатами выполнения. Это дает возможность использовать данные, которые должны быть скрыты от конечного пользователя.

Во-вторых, это программы, написанные на языке программирования Action Script и реализованные в виде флеш-роликов. Это – клиентская технология, которая позволяет получать красивые графики, картограммы и прочее. В ней, в частности, удобно реализовать территориальный анализ вспышек заболеваемости.

АГИС-системы, визуализирующие карты с нанесенными на них объектами, традиционно считаются очень «тяжелыми» и дорогими приложениями, требующими большого объема программирования и очень сильно привязанными к специфике решаемой задачи. Однако в последние несколько лет ситуация изменилась. И «Гугл», и «Яндекс» предоставляет возможность работы с картами, более того, они стали предоставлять и API (прикладной пользовательский интерфейс), позволяющий переводить адреса в географические координаты, что дает возможность несложной реализации привязки случаев заболевания к картам.

Кроме этого на сайте 1mgmu.com есть и дочерние сайты, реализованные в более традиционной технологии (CGI, SSI, PHP, Perl, MySQL и т. д.) и ориентированные на красивое мультимедийное представление контента. Они поддерживают учебные и учебно-методические материалы, нужные для освоения предлагаемых технологий.

Составной частью сайта является также база данных по фактической заболеваемости в России.

Работа выполнена при поддержке РФФИ, грант № 12-07-00789.

Выводы.

1. Сайт 1mgmu.com, содержащий информационные материалы и программные решения, реализованные в виде Интернет-сервисов, способен оказать значительную помощь тем, кто занимается эпидемиологическим анализом.
2. Использование указанных возможностей целесообразно использовать еще во время обучения в медицинском вузе.

Литература

1. Брико Н.И. Теоретические и образовательные аспекты парадигмы современной эпидемиологии. Журнал инфектологии 2013; (4): 65–71.
2. Брико Н.И., Миндлина А.Я., Полибин Р.В., Покровский В.В. Концепция преподавания клинической эпидемиологии в медицинских вузах. Сеченовский вестник 2013; 1(11): 4–9.
3. Герасимов А.Н. Математические модели и эпидемиологический анализ. Вестник РАМН 2010; 12: 23–26.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СОЦИАЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ СТАЦИОНАРНОГО ТИПА

С.Е. Глова, Л.В. Бучукури, С.В. Шлык
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ростов, Россия
ГАУСОН РО «Ростовский №2 ДИПИ», Ростов, Россия

Цель исследования. Разработать программу реабилитации престарелых и пожилых пациентов, проживающих в социальном учреждении стационарного типа.

Материалы и методы. Обследовано 132 пациента (85 женщин и 47 мужчин), средний возраст составил 79,7±10,9 лет. Всем пациентам было проведено общеклиническое и лабораторное обследования, электрокардиография. Рассчитывали индекс коморбидности (ИК) Чарлсона. Оценивали качество жизни с помощью Европейского опросника качества жизни EQ-5D, уровень когнитивных нарушений по тесту MMSE (mini mental state examination) и тесту рисования часов, уровень адаптации по индексу функциональных изменений (ИФИ) (Р.М.Баевский, А.П.Берсенева, 1997). Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 12,0 и электронных таблиц Excel 2013.

Результаты исследования. Анализ частоты соматических расстройств у проживающих в социальном учреждении стационарного типа показал, что наиболее частой составляющей в структуре коморбидности являлась патология сердечно-сосудистой системы (98,6% пациентов). Индекс коморбидности Чарлсона составил 2,7±0,5 балла, индекс коморбидности Чарлсона корригированный по возрасту – 6,1±1,6 балла. Среднее количество нозологий составило 6,6±1,1 нозологий на больного (от 4 до 8 нозологий). Среди обследованных клиентов пациентов с низкой коморбидностью (ИК ? 3 баллов) выявлено не было. Умеренно выраженная коморбидность (ИК 4?5 баллов) была установлена в 30,3% случаев. Большинство обследуемых имели высокую степень коморбидности (ИК ? 6 баллов) – 69,6%. Клиенты с высокой коморбидностью были старше по возрасту, чем клиенты с умеренно выраженной коморбидностью коморбидностью: 84,2±7,9 и 68,5±7,1 лет, соответственно ($p < 0,05$). Общее количество нозологий у обследованных также увеличивалось с возрастом ($p<0,05$).

Средняя величина ИФИ составила 3,17 ± 0,24 балла, что соответствует неудовлетворительной адаптации организма. Средний балл по MMSE составил 25,2 ± 1,4 балла; наиболее выраженные изменения отмечены в серийном счете, нарушениях памяти, ориентировке во времени. 76,5% пациентов имели различную степень снижения качества жизни.

На основании проведенного исследования для решения реабилитационных задач и отбора средств реабилитации была разработана карта реабилитации, в которой проводилась оценка индивидуальных физиологических возрастных особенностей пациентов, наличие абсолютных или временных противопоказаний для применения отдельных средств с последующим назначением лечебных средств с необходимыми методическими указаниями. В реабилитационной карте фиксировались данные контрольных исследований и сроки прохождения этапов реабилитации.

Выводы. Таким образом, разработанная карта реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста с учетом коморбидности патологии позволяет определить основные направления программы реабилитации данной категории пациентов, основанные на их реальной потребности. Разработанную программу реабилитации пациентов можно рекомендовать для использования в клинической практике работы геронтологических отделений.

ВОЗМОЖНОСТИ МЯГКОТКАНЕВОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Е.В.Глухова
ФППВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение. Цефалгия (головная боль, далее ГБ) - одна из наиболее частых жалоб пациентов. По данным различных авторов, ежегодно ГБ страдают 90% женщин и 83% мужчин, составляющих взрослое население, в среднем ее частота колеблется от 50 до 200 на 1000 населения. Проблема ГБ является мультидисциплинарной, так как эта боль может быть не только симптомом патологических процессов, локализующихся в области головы (которые также имеют различную природу), но и ведущим проявлением многих соматических заболеваний, в т.ч. и заболеваний костно-мышечной и соединительной ткани. Однако в отечественной и зарубежной литературе, посвященной проблемам ГБ, значимость патобиомеханических нарушений шейного отдела позвоночника и черепа, мышечно-фасциальных дисфункций в генезе хронических непрогрессирующих ГБ (не только вторичных - цервикогенных, посттравматических), но и первичных (головных болей напряжения, различных видов мигрени) изучена недостаточно. Исследования последних лет, дающие представления о неспецифических мышечно-скелетных поражениях, а также использование остеопатических методик исследования и коррекции позволяют несколько расширить в рамках рабочей гипотезы взгляд на генез и методы лечения непрогрессирующих ГБ.

Мягкотканевые техники на первый взгляд просты, но именно они составляют основу остеопатической работы. Можно считать их подготовительными техниками перед специфической коррекцией. Несмотря на это, мягкотканевые техники обладают хорошим лечебным эффектом. В некоторых клинических случаях корректное проведение мягкотканевых техник оказывается достаточным для получения нужного терапевтического результата.

Мягкотканевые техники позволяют восстановить нормальный мышечный тонус, эластичность фасций, нормальное давление во влагалищах сосудисто-нервных пучков, подвижность всех элементов суставов. Все это позволяет достичь состояния оптимального гомеостаза.

Цель исследования. Определить эффективность методов мягкотканевой мануальной терапии в лечении головных болях напряжения.

Материал и методы исследования. Нами в течение трех месяцев на базе кафедры мануальной терапии Института профессионального образования Первого московского государственного университета им И.М. Сеченова наблюдалось 34 пациента в возрасте от 19 до 35 лет, имеющих жалобы на головную боль, 6 из которых так же предъявляли жалобы на головокружение, общую слабость, снижение работоспособности.

В процессе обследования всем пациентам проводился неврологический осмотр, в котором были выявлены симптомы напряжения задних шейных групп мышц у 58.8%, болезненность при пальпации в подзатылочной области – 26.5%, ограничение движения в шейном отделе позвоночника – 14.7%.

Допплерография сосудов шеи и головного мозга у всех пациентов проводилось с целью диагностики как нарушений кровотока в экстракраниальных отделах магистральных артерий шеи, так и особенностей анатомии этих сосудов. УЗДГ включала в себя дуплексное сканирование, исследовались экстракраниальные отделы магистральных артерий головы (МАГ) и проводилась по стандартным методикам.

По результатам ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) сосудов шеи и головного мозга гемодинамически значимых препятствий кровотоку в каротидных артериях выявлено не было. Состояние кровотока по ПА (позвоночным артериям): 82.4 % показатели ЛСК (линейной скорости кровотока) в ПА в пределах нормы, 17.6% асимметрия ЛСК по одной из ПА от 40 - 50% , двустороннее снижение кровотока по ПА у данной группы пациентов не встречалось.

На рентгенографии шейного отдела позвоночника в стандартных проекциях (прямая и боковая), у 10 пациентов имелись рентгенологические признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Эмоциональное состояние пациентов оценивалось с помощью психологического теста личностной тревожности по шкале Спилбергера - Ханина. 59% набрали до 30 баллов - низкий уровень тревожности, 41% до 44 баллов - умеренный уровень тревожности по школе Спилбергера-Ханина.

Нами среди различных лечебных методов также использовались мягкотканевые техники мануальной терапии, 7-10 сеансов в сочетании с дыхательными упражнениями в течение 15-20 дней. Во время проведения и после мягкотканевых техник побочные эффекты не наблюдались. Релаксация мышц шеи наблюдалась после 2-3 сеанса.

В результате повторного УЗДГ-исследования, проведённого после лечения, получены следующие результаты: у 88.2% пациентов кровоток по ПА стал в пределах нормы, а у 11.8% из них он составил 20-30%, тогда как до лечения у 6-ти из них был 40-50%.

Таблица1. *Допплерография сосудов шеи и головного мозга до и после лечения.*

Состояние кровотока по ПА (позвоночным артериям)	**До лечения**	**После лечения**
1. Показатели ЛСК (линейной скорости кровотока) в ПА в пределах нормы	82.4%	88.2%
2. Асимметрия ЛСК по одной из ПА	17.6%	11.8%

А также у пациентов отметилась повышенность работоспособности, сон стал более глубоким и спокойным, значительно повысился фон настроения. Уменьшился уровень тревожности, согласно повторному тесту по шкале Спилбергера-Ханина, 90% набрали 20-30 баллов, у 10% сохранился умеренный уровень тревожности.

Таблица 2. *Психологический тест личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина.*

Оценка эмоционального состояние пациентов с помощью психологического теста личностной тревожности по шкале Спилбергера - Ханина	**До лечения**	**После лечения**
1. Низкий уровень тревожности	59 баллов	90 баллов
2. Умеренный уровень тревожности	41 балл	10 баллов

Заключение. В результате проведенного лечения все пациенты отмечали улучшение общего самочувствия, настроения, появление бодрости, увеличение объема движений и уменьшение или исчезновение болей. Практически полный регресс симптоматики нами отмечен у 29 пациентов, 5 пациентов периодически предъявляли жалобы на головные боли, но они беспокоили их реже и стали меньшей интенсивности, в связи с чем уменьшился прием обезболивающих препаратов.

Метод УЗДГ позволяет объективно оценить эффективность лечения. Полный или частичный регресс неврологической симптоматики и нормализация гемодинамических нарушений после лечения позволяют, оценить эффективность мягкотканевых техник мануальной терапии.

Выводы: Таким образом, можно прийти к заключению о значительной эффективности применения мягкотканевых техник у пациентов с головными болями напряжения. Техники комфортны для пациента и могут быть использованы как для решения локальных задач, так и, в общем сеансе миофасциального остеопатического релизинга всего тела.

Литература.

Новосельцев С.В. Введение в остеопатию. Мягкотканные и суставные техники. – СПб.: Фолиант, 2005. – 240 с

Сафоничева О.Г. Восстановительное лечение структурно-функциональных нарушений опорно-двигательной системы (донозологическая диагностика и комплексное лечение при эмоционально-аффективных расстройствах): дисс. д-ра мед. наук. – Тула, 2007

Чикуров Ю.В. Мягкие техники в мануальной терапии. - М.: Триада-Х.- 2002 г. - 144с.

ОБ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ И ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ СЛУЧАЯ РОЗЛИВА РТУТИ

В.Н. Голдобин

ФГБОУ ДПО «ИПК ФМБА России», Москва, Россия

Розлив ртути на складе Опытно-экспериментального завода железобетонных конструкций (ОЭЗ ЖБК) был обнаружен 13.04.2012 г. Установлено, что склад, площадью 100 м2, расположен в отдельном, одноэтажном кирпичном строении и использовался эпизодически, как место для хранения устаревших деревянных конструкций и изделий. Ртутные выпрямители «Игнитрон», в количестве 15 штук с суммарным содержанием до 3 кг ртути, находились в одном ящике. Выпрямители марки «Игнитрон», списанные с баланса производства 15 лет тому назад, по неизвестной причине, не были сданы на утилизацию. Общая конструкция ртутного выпрямителя «Игнитрон» представляет собой запаянную стеклянную колбу с содержанием ртути (0,2 кг), вставленную в металлический футляр. Точное время (дата, месяц, год) когда была разбита одна колба с ртутью, установить не представилось возможным. Ртуть, вещество первого класса опасности, разлилась в пределах ящика для общего хранения 15 выпрямителей марки «Игнитрон». Хранение выпрямителей «Игнитрон» осуществлялось в неспециализированном складе, отсутствовал учёт приборов, содержащих ртуть. Помещение склада не оборудовано средствами защиты и не имеет обработки поверхностей специальными составами, непроницаемыми для ртути. Всё это является нарушением санитарных норм и правил для приспособленного места хранения ртутных выпрямителей «Игнитрон». По результатам контроля воздуха рабочей зоны в складе превышение ПДК ртути составило от 90 до 297 раз в пяти точках измерений. Демеркуризация проводилась специализированной организацией «ЭКОН–МТ», имеющей лицензию на право выполнения работ по сбору, использованию, обезвреживанию, транспортировке, размещению опасных отходов и приборов. Однако из склада были вынесены старые пиломатериалы, не прошедшие демеркуризационную обработку. Такое действие послужило загрязнением ртутью прилегающей к складу территории, и площадь распространения очагов ртути увеличилась вдвое до 200 м2. В течение апреля 2012 года мероприятия по демеркуризации проводились пять раз, и удалось снизить загрязнение воздушной среды ртутью в 23-27 раз, но по локальным очагам загрязнение превышало ПДК в 3-13 раз. В смётах с поверхности пола на складе ртуть была обнаружена в пределах 375 мг/кг, что недопустимо по требованиям санитарных правил. В мае на прилегающей к складу территории в пробах почвы установлено превышение содержания ртути в 35-77 раз выше нормативов. По требованиям органов госсанэпиднадзора Федерального медико-биологического агентства руководством ОЭЗ ЖБК были выполнены технические мероприятия: срезка и вывоз грунта с прилегающей к складу территории; обработка грунтовочным составом бетонного пола всей площади склада; покрытие пола и прилегающей территории склада бетонной стяжкой; окраска стен склада. Демеркуризация очагов загрязнения ртутью в складе и на прилегающей территории проводилась химическим раствором на основе иодида калия в течение апреля, мая, июня и июля. Только в июле ртуть не

обнаружена во всех контрольных точках измерений, что позволило считать эффективными мероприятия по демеркуризации и склада, и прилегающей территории. Это сняло вопросы высокой опасности и риска токсического поражения ртутью работающих на складе и на прилегающей территории. Для выполнения комплекса эффективных мероприятий по демеркуризации склада и прилегающей территории ОЭЗ ЖБК, обеспечения экологической безопасности от влияния высокотоксичных паров и аэрозолей ртути потребовалось более трёх месяцев напряжённой работы.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Г.А. Гончарова
НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков «Научного центра здоровья детей» РАМН, Москва, Россия

Актуальность. Для совершенствования профилактической работы в учебных заведениях, опирающейся на единые для всех образовательных учреждений показатели и разработки психогигиенических подходов к ней представляет интерес изучение возрастных изменений и половых различий в нервно-психическом здоровье обучающихся в процессе их взросления, что и послужило целью настоящего исследования.
Материал и методы исследования. Для этих целей разработан метод экспресс-оценки выраженности симптомокомплексов (СК) донозологических нервно-психических нарушений, основанный на комплексном опросе обучающихся, их родителей и педагогов. Сбор информации о симптомах нарушений нервно-психического здоровья обучающегося, включая особенности его самочувствия, самовосприятия и различные поведенческие проявления социального функционирования, проводился на основе комплексного индивидуального опроса по трем анкетам. Проведено комплексное лонгитудинальное исследование 220 учащихся средней школы ряда московских школ, которое позволило проследить их развитие с 3 по 8 класс.
Результаты исследования. Изучена возрастная динамика по изучаемым симптомокомплексам, которая имела волнообразный характер, снижаясь по мере созревания функциональных систем к 5-6 классу и возрастая к 7-8 классу с приближением пубертатного периода. Межполовые различия по изучаемым симптомокомплексам были следующими: у девочек достоверно сильнее выражена симптоматика невротического генеза (по вегетативному, обсессивно-фобическому и церебрастеническому СК), в то время как у мальчиков превалировали дезадаптация в учебной деятельности и аффективная симптоматика, т.е. поведенческого характера. Проведенный корреляционный анализ выявил отчетливую негативную взаимосвязь выраженности симптомов нарушений НПЗ подростков с развитием психомоторики и когнитивных функций, с эмоциональной сферой, с социометрическим статусом и эмоциональной экспансивностью, с адаптацией к образовательному процессу, с успешностью учебной деятельности. Все это позволило сформулировать наиболее общие гигиенические принципы профилактической работы.
Заключение. Психогигиенические мероприятия необходимо начинать с самого раннего возраста, важнейшего периода для проведения профилактических мероприятий по охране психического здоровья, когда закладываются основы социально адаптивного поведения и формируются познавательные способности. На основе способности к образованию эмоциональных связей формируются фундаментальные механизмы регуляции взаимодействия ребенка с окружающей средой, формируются в процессе воспитания желания и потребности ребенка, отсюда понятна особая ответственность и огромная роль семьи и семейного воспитания в воспроизводстве здорового поколения. Для своевременного и успешного развития нервно-психической сферы школьника, в дальнейшем, и обеспечения качественного обучения необходимо создание благоприятной образовательной среды и соблюдение психогигиенических принципов, направленных на развитие личностных характеристик и психосоциальных особенностей, являющихся важным звеном в формировании самосознания и коммуникативных качеств, определяющих характер адаптации ученика в обществе – в образовательном учреждении и за его пределами. При этом возрастает значение общественных организаций, обеспечивающих оптимальное психосоциальное развитие личности. Однако решающая роль в создании профилактической среды может принадлежать воспитанию будущих родителей, прививанию семейно-нравственных ценностей молодежи.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА САМОРЕГУЛЯЦИИ ЛЕТЧИКОВ С ПОМОЩЬЮ БИОУПРАВЛНИЯ

А.Д. Грибанов
НИУ Московский авиационный институт, Москва, Россия

Современный труд пилота связан с воздействием на организм комплекса вредных и опасных факторов. К ним относится шум, вибрация, барометрические перепады, ионизирующее излучение, интеллектуальные и зрительные перегрузки, необходимость принятия важных решений в условиях дефицита времени, монотония, гиподинамия, ночные полеты [1]. Следовательно, большую часть времени пилот работает в чрезвычайном режиме, что может стать причиной возникновения сердечнососудистых и нервных заболеваний [2].
Целесообразность проведения реабилитационных мероприятий летного состава обусловлена возникновением признаков утомления, развитием психосоматической патологии после стрессовых ситуациях. Современные реабилитационные программы для летчиков и лиц, работающих в экстремальных условиях, характеризуются явно

недостаточным использованием методов немедикаментозной коррекции выявленных функциональных нарушений на этапе восстановительных мероприятий.
Применение методики саморегуляции за счет биоуправления параметрами альфа-ритма мозга позволяет снизить частоту проявления дезадаптивных реакций и стрессогенных нарушений, связанные с профессиональной деятельностью летчиков.
Задача исследования состояла в оценки эффективности использования летчиками игрового альфа-стимулирующего тренинга с учетом различного исходного вегетативного тонуса. Состояние вегетативного тонуса оценивалось такими показателями вариабельности сердечного ритма, как стандартное отклонение полного массива кардиоинтервалов, степень напряжения регуляторных систем, относительный уровень активности парасимпатического звена регуляции и суммарный абсолютный уровень активности регуляторных систем.
Цель исследования заключалась в анализе эффективности курса БОС-тренинга саморегуляции организма летчиков в зависимости от их вегетативного статуса.
В процессе исследования были отмечены индивидуальные различия в скорости овладения навыками саморегуляции и управления функциональным состоянием. У испытуемых с изначально низкой амплитудой и мощностью альфа-ритма на ЭЭГ обучение навыкам саморегуляции вызывало трудности. Испытуемые, у которых наблюдался ярко выраженный альфа-ритм уже на начальных сессиях, а также вегетативный статус которых был смещен в сторону парасимпатического звена вегетативной нервной системы быстрее достигали результатов и уже после первых тренировок эффективно применяли навык в профессиональной деятельности. Предложенные показатели вегетативной нервной системы являются важным диагностическими и прогностическим критериями успешности и быстроты освоения навыков саморегуляции. Оптимизация функционального состояния летчиков с различным исходным вегетативным тонусом зависит от дифференцированного подхода к выбору вариантов проведения курса альфа-стимулирующего тренинга.

Литература.

Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса, СПб.:Издательский дом «Сентябрь», 2001, 260с.
Степанова Т.В., Шишкова Н.А. Современный метод реабилитации – метод Биологической обратной связи (БОС) // Terra medica nova. – 2005. - №3 – С.29-31.
Черниговская Н.В. Клиническое значение адаптивного биоуправления. – Л.: Медицина, 1982. – 127с.

ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Л.А. Гридин, С.В. Морозова, Л.Э. Шемпелева
Университетская клиническая больница №1, ЛДО №1, Москва, Россия
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Актуальность. Кохлеовестибулярные нарушения (КВН) являются одной из наиболее частых причин обращений к неврологу и оториноларингологу. По данным ряда исследований, частота выявления больных с КВН в России составляет более 0,001. Более, чем у 70% больных с вестибулярным или кохлеарным синдромами диагностирована патология шейного отдела позвоночника, и у половины из них она сочетается с изменениями состояния позвоночных артерий. Вестибулярное головокружение усиливается при движениях головой, что вызывает выраженное напряжение мышц. Для поддержания вертикального положения (ВП) дополнительно вовлекается фазическая мускулатура, требующая дополнительного расхода энергии. Поддержание вертикальной позы становится неэргономичным. Объективным способом исследования эффективности поддержания ВП является компьютерная стабилометрия (статокинезиометрия).
Лечение и медицинская реабилитация пациентов с хроническими вертеброгенными КВН – сложная многоуровневая проблема. Одним из перспективных направлений патогенетической терапии синдрома представляется разработка схем комплексного лечения, включающих использование фармакотерапии и немедикаментозных методов лечения, влияющих на биомеханику позвоночника и на регионарный постуральный дисбаланс мышц.
Материалы и методы. Нами проведено обследование и лечение 64 пациентов с хроническими вертеброгенными периферическими КВН, госпитализированных в ЛОР-клинику Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Из них 39 женщин и 25 мужчин, в возрасте от 30 до 65 лет. Лица, включенные в наше исследование, были разделены на две группы: первая группа (основная) – 34 больных, у которых в состав комплексного лечения входила мануальная терапия (МТ) и вестибулярная реабилитация на компьютерном стабилографическом комплексе «СТ-02», и вторая группа (контрольная) 30 пациентов – без применения мануальных методов лечения и вестибулярной реабилитации. Всем пациентам были выполнены оториноларингологическое обследование, тональная пороговая аудиометрия, отоневрологическое, неврологическое обследование с применением методов нейровизуализации, рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов, стабилометрическое исследование, мануальная диагностика.
Лечение пациентов включало пентоксифиллин внутривенно капельно № 10, пирацетам внутримышечно № 20, вертиголитические препараты. МТ назначалась курсом 5-7 сеансов 2-3 раза в неделю с использованием мягкотканных техник. Вестибулярная реабилитация проводилась курсом из 10 сеансов ежедневно. Через 3 недели от начала терапии проводили контрольные стабилометрическое и аудиологическое исследования.

Обсуждение. При оценке результатов стабилометрического исследования выявлены нарушения равновесия, проявляющиеся в снижении стабильности ВП, повышении значимости зрительного анализатора, изменения стабилометрических параметров: выше значения нормы был показатель площадь доверительного эллипса (ПДЭ) 422±21,0 мм² в режиме зрительного контроля и 668±50 мм² в режиме закрытых глаз, средний разброс смещения центра давления (ЦД) 7,03±0,2 мм при открытых глазах (ОГ) и 8,2±0,3мм при закрытых глазах (ЗГ). Ниже значения нормы показатели качество функции равновесия (КФР) при ОГ составила 60,8±1,1%, в режиме ЗГ 42,7±1,3% и коэффициент резкого изменения направления движения (КРИНД) при ОГ 6,4±0,3% и 6,2±0,2% при ЗГ. К 21-му дню лечения достоверно ($p \leq 0,05$) уменьшались ПДЭ и средний разброс смещений ЦД при открытых и закрытых глазах в основной группе. Увеличение КФР отмечено в обеих группах при ОГ на 27% в основной группе и на 18% в контрольной. Динамика увеличения показателя КФР наиболее выражена в основной группе при выполнении пробы Ромберга с ЗГ и составила 53%, в контрольной – 25%, с достоверной разницей между группами. Полученные результаты можно охарактеризовать как нормализацию проприоцептивной афферентации, оптимизацию функционирования постуральных мышц, большей стабильности ВП у пациентов основной группы. Рост показателя КРИНД наблюдался и при открытых, и при закрытых глазах в обеих группах, в основной на 40%, в контрольной на 22%, что свидетельствует о нормализации частоты колебательных движений тела и уменьшения неточных движений. Вертиголитический эффект был достигнут у 87% пациентов. В результате проведенного лечения положительная кохлеарная динамика отмечена у 44% больных, что подтверждено аудиометрическим исследованием. Все больные отметили улучшение общего самочувствия, регресс болевого синдрома, увеличение объема движений в шейном отделе позвоночника, нормализацию осанки.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что комплексное лечение при вертеброгенных КВН, включающее курс МТ и вестибулярной реабилитации позволяет добиться положительного клинического эффекта, улучшить функцию равновесия тела и кохлеарные параметры.

ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ. ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Л.А. Гридин, А.Ю. Ижванова, А.В. Фадеев
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цели и задачи исследования. Установить клиническую и биомеханическую роль спаечного процесса после аппендэктомии в формировании функциональных дисфункций мочевого пузыря, оценить эффективность остеопатических техник работы в коррекции этих нарушений.

Материалы и методы исследования. Мы обследовали 65 пациенток в возрасте от 27 до 62 лет с аппендэктомией в анамнезе и жалобами на нарушения функции мочевого пузыря. Пациентки с грыжами поясничного отдела позвоночника более 4 мм, узким спинномозговым каналом, спондилолистезом, другими операциями в анамнезе, родами более двух (и травматичными родами), выраженным спаечным процессом в малом тазу и брюшной полости иной этиологии, пролапсами матки 2 и 3 степени, из исследования исключались. Пациенток разделили на 2 группы, которые обследовали: рентенография и МРТ поясничного отдела позвоночника, УЗИ почек, мочевого пузыря, матки и яичников, подвздошной ямки, поясничной и подвздошной мышц, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, мануальное тестирование мышц поясничного отдела позвоночника и нижних конечностей, остеопатическое исследование почек, толстого кишечника, мочевого пузыря и подвздошно-поясничной мышцы. 1 группа (32 человека) получали остеопатическое лечение – воздействие на область слепой и восходящей ободочной кишки, связки мочевого пузыря, и пояснично-подвздошную мышцу. 2 группа (33 человека) являлась контрольной – пациенткам проводилась остеопатическая диагностика, и имитация остеопатического лечения. Результаты исследований: до лечения жалобы на задержку позывов на мочеиспускание при переполненном мочевом пузыре предъявляли 4 пациентки в 1 группе, и 5 во второй, после лечения – соответственно – 0 и 5 (100% эффективности лечения). Жаловались на чувство неполного опорожнения мочевого пузыря - 12 человек в 1 группе и 11 во 2 до лечения, после – 2 (83% эффективности) и 10. Жалобы на поллакиурию были у 28 человек в 1 группе и у 30 во 2 группе до лечения, после - соответственно – у 5 (82% эффективности) и у 27. Стрессовое недержание мочи беспокоило 18 пациенток 1 группы, и из них 12 после лечения не предъявляли жалоб (67,7% эффективности), а 6 отмечали некоторое клиническое улучшение. Во 2 группе число пациенток со стрессовым недержанием – 19, до и после лечения не изменилось, незначительное клиническое улучшение отметили четверо. Спаечный процесс в области слепой кишки с вовлечением поясничной и подвздошной мышц, правого яичника и правых лонно-пузырных связок был выявлен остеопатическими техниками у 100% пациенток в обеих группах, и подтвержден УЗИ исследованием в 98,5% случаев. УЗИ картина спаечных процессов не изменялась после лечения. Нефроптоз правой почки 2 степени выявлялся остеопатическими и кинезиологическими методами у 22 пациенток 1 группы, и у 24 - во 2 группе до лечения, что было подтверждено УЗИ исследованием в 87% случаев. После лечения нефроптоз во 2 группе оставался без изменений, в 1 группе он исчез при УЗИ исследовании у 15 пациенток, хотя лечебного воздействия собственно на правую почку не проводилось. Мануальное мышечное тестирование в 85% случаев выявило функциональную слабость пояснично-подвздошной мышцы справа, малоберцовых мышц, квадратной мышцы поясницы справа в 65%. В 1 группе полная нормализация тонуса мышц после лечения произошла в 62%, во 2 группе изменений не выявлено.

Выводы. Спаечный процесс после аппендэктомии может являться причиной дисфункции мочевого пузыря. Методы остеопатической коррекции связок мочевого пузыря, слепой кишки и пояснично-подвздошной мышцы улучшают клиническое течение дисфункций мочевого пузыря, связанных с данным спаечным процессом, в среднем в 83% случаев.

ПРИМЕНЕНИЕ АНДРАГОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ОБУЧЕНИЮ ВРАЧЕЙ НА КАФЕДРЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Л.А. Гридин, А.М. Орел
ГБОУ ВПО института профессионального образования Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Кафедра мануальной терапии в течение 10 лет последовательно внедряет в обучение и переподготовку специалистов принципы андрагогического подхода. Андрагогический подход предусматривает систему мероприятий, учитывающих принципы обучения взрослых, и, прежде всего, особенности восприятия ими учебного материала. Он состоит в следующем: в процессе обучения ведущую роль играют потребности, мотивы и профессиональные проблемы обучающегося; взрослому человеку необходимо предоставить более широкие возможности для самостоятельности, самореализации и самоуправления; его практический опыт может быть использован как при его собственном обучении, так и при обучении коллег. Учебный процесс нужно ориентировать не на получение знаний вообще, а на решение значимой для учащегося проблемы, оказание помощи в достижении какой-то вполне определенной цели; результаты обучения должны допускать немедленное применение на практике. Учеба протекает в условиях существенных ограничений (социальных, временных, финансовых, профессиональных и др.), поэтому обучение строится в виде совместной деятельности обучающегося и обучающего, в результате чего их отношения в учебном процессе оказываются близкими к партнерским. Крайне важно, что в процессе обучения учитывается предыдущий жизненный опыт, который, как правило, сформировал у взрослого человека ряд барьеров, чаще всего психологических, что препятствуют эффективному обучению. К ним относятся стереотипы, установки, страхи. Преодолениие этих барьеров является одной из задач обучения [Змеев С.И., 1999; Kolb, D., Fry. R., 1975; Rogers, A., 1986; Knowles M.S., and al., 1984].

В рамках андрогогического подхода учитываются особенности «эпизодического» обучения взрослых. Обучение взрослых обычно эпизодично, а не непрерывно. Намеченная цель обучения обычно связана с конкретной задачей, проблемой, которая представляется в данный момент очень важной. Взрослые стремятся использовать определенный ряд стилей и стратегий обучения, таких как подход на основе аналогий; метод проб и ошибок; создание общих моделей и целостных образов для освоения нового материала; «зубрежка»; использование практических показов и моделирующих упражнений. В эпизодах обучения проявляется лишь незначительный интерес к общим принципам и теориям. Усилия сконцентрированы на немедленном достижении конкретного результата, а не долговременном достижении общего совершенствования [Rogers, A., 1986].

Содержание обучения на кафедре включает совокупность знаний и умений, необходимых для формирования профессиональных качеств мануальных терапевтов. Сюда входят обширные теоретически материалы и вопросы практического применения полученных знаний. Современный мануальный терапевт не ограничивается в своей практике традиционными методами работы исключительно с опорно-двигательным аппаратом. Сегодня мануальная терапия обращает внимание специалистов на человека, как на целостность где болезнетворные процессы проявляются не только локально, но и на протяжении всего тела. Само состояние нарушений в теле рассматривается как совокупность взаимосвязанных явлений, компенсаторных и адаптационных процессов, разворачивающихся во всех структурах, одновременно, в ответ на произошедшее повреждение. Сегодня мануальная терапия претворяет в жизнь целостный, системный подход к лечению всего человека. Она включает многочисленные технологии лечения функциональных расстройств внутренних органов и систем, в том числе, костно-суставной, фасциальной, жидкостной и невральной составляющей тела. Современный мануальный терапевт должен иметь блестящую подготовку в области функциональной анатомии и физиологии, биомеханики и постурологии, неврологии и рефлексотерапии. Большое значение придается лучевым методам исследования и наиболее распространенным среди них – рентгенологическому исследованию, а также методам пальпаторного и перцептуального исследования тела.

Методы обучения мануальных терапевтов соответствуют андрагогической модели и включают материалы для аудиторной и внеаудиторной работы. К ним относятся традиционные лекции, семинары и практические занятия. Современные технологии позволяют часть теоретических новаций выделить в отдельные блоки для самостоятельной работы врачей. При этом используются принципы дистанционного обучения, которое предусматривает формирование пособий, содержащий необходимый и достаточный объем теоретических материалов, заданий для самостоятельного усвоения, а также систему контроля полученных знаний. Материалы в виде презентаций помещены на сайте кафедры. Помимо этого разработана серия учебных пособий по рентгенодиагностике позвоночника, продающиеся в сети магазинов медицинской литературы. Пособия содержат наиболее важные с точки зрения мануальной терапии знания, многочисленные иллюстрации и тестовые задания с ответами, что позволяет читателю самостоятельно, в удобное для него время ознакомиться с учебными материалами, и использовать их в качестве справочников при затруднениях в практике.

Курс профессиональной переподготовки и курсы сертификационного и тематического повышения квалификации в соответствии с технологией обучения, разбиты на законченные модули. Каждый модуль содержит полностью оформленную совокупность знаний по изучаемой теме. Модуль состоит из тематического подбора теоретических материалов, набора заданий для самостоятельного и группового освоения и набора заданий для домашнего изучения. Модули соединены по принципу от простого – к сложному. Их последовательность составлена таким образом, чтобы постепенно формировать у обучающихся видение целостного функционирования тела. Подготовлены презентации для персонального компьютера по наиболее важным и сложным темам курса. Курсант знакомится с презентацией во время занятия, но может более подробно ее изучить во внеаудиторное время на сайте кафедры в интернете.

Освоение практических навыков осуществляется в процессе аудиторных занятий. Большое внимание уделяется отработке техник, приемов и методов мануальной диагностики и лечения. Курсанты отрабатывают технические приемы под руководством преподавателей друг на друге, и затем сразу применяют их в своей практической деятельности. Результаты обсуждаются с преподавателями и коллегами в ходе семинарских занятий.

Кафедра укомплектована высококвалифицированными специалистами, ведущими по различным направлениям мануальной терапии. Кафедра оснащена необходимыми аудиториями, столами, функциональными кушетками, средствами для демонстрации мультимедийных презентаций и приложений. Разработаны и внедрены в практику обучения учебные пособия, модули обучения. Написан ряд монографий по различным аспектам мануальной терапии.

Таким образом, применение принципов андрагогического подхода способствует совершенствованию обучения врачей и мануальных терапевтов.

Литература

Змеев С.И. Основы андрагогики. –М.: Флинта, Наука, 1999. –152с.

Kolb, D. and Fry, R. Towards an applied theory of experiential learning', in C.L. Cooper (ed.) Theories of Group Processes, John Wiley, 1975, pp. 33-57.

Rogers, A. Teaching Adults, Open University Press, 1986.

Knowles M.S. , and Associates Andragogy in Action, Jossey-Bass. 1984

ЗАВИСИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ НОВОЙ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ ОТ ФАКТОРА ОБУЧЕНИЯ

А.Л. Гусева, О.В. Кубряк, С.Д. Чистов

НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН, Москва, Россия

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. При использовании стабилометрического исследования с биологической обратной связью с целью контроля реабилитации пациентов с вестибулярными расстройствами и выбора наиболее эффективных ее способов важным фактором, который потенциально может оказывать влияние на результаты тестирования, является фактор обучения. Поэтому основной целью в данном исследовании была оценка значимости влияния фактора обучения на результаты оригинального теста с биологической обратной связью — в общем исследовании валидности пробы данного типа для ЛОР-практики.

Материалы и методы. В исследовании участвовали молодые здоровые добровольцы (15 женщин и 6 мужчин). Средний возраст — 24.3 года (от 20 до 29 лет). Исследование проводилось с использованием медицинской стабилометрической системы БиоМера, включающую статическую стабилометрическую платформу ST-150. Испытуемый, стоя босиком вертикально на платформе при свободной установке стоп, смотря на монитор, в течение 60 с пытался удержать проекцию центра тяжести, визуализировавшуюся на экране в виде «метки», в выделенной зоне экрана — в границах однородной круглой одноцветной «мишени», которая занимала примерно 1/10 площади экрана. Очередные тесты проводились последовательно, в течение 5 недель, с частотой до 2 раз в неделю. При выполнении пробы все добровольцы старались, пытаясь набрать наибольшее число баллов, хотя проявляли разные способности.

Результаты. Для анализа результатов использовался новый показатель – индекс энергозатрат А, характеризующий затраты энергии на выполнение механической работы, связанной с выполнением инструкции. Данный показатель рассчитывается как сумма приращений кинетической энергии (в джоулях), обусловленных изменением скорости смещения центра давления на каждом дискретном участке статокинезиограммы за все время исследования. Число набранных баллов свидетельствовало о том, что испытуемый в достаточной степени проявлял волю и старательность для выполнения инструкции, в то время как значимым для оценки критерием считался индекс энергозатрат А за время исследования. При анализе вероятностной характеристики разброса индекса энергозатрат А на выполнение теста 21 здоровыми добровольцами в качестве меры использовался интерквартильный размах. За единственным исключением, наблюдаются достаточно близкие значения. При этом только у 7 добровольцев величина интерквартильного размаха превысила 1 Джоуль — при общем среднем значении показателя для всех добровольцев примерно в 2 Джоуля за 60 секунд теста. Мы полагаем, что такая плотность результатов связана с простотой процедуры — обучение происходит быстро и дальнейшие результаты зависят в большей степени от реальных возможностей испытуемого.

Выводы. Влияние обучения на результаты динамического наблюдения с применением такого теста незначимо или минимально при обычных условиях. В свою очередь, наблюдаемый рост результатов в однотипных описываемому тестах или реабилитационных тренингах с биологической обратной связью у пациентов с вестибулярной патологией, может быть связан в большей степени с восстановлением нарушенных функций — восстановлением адекватной функциональной системы, что отличает такой прогресс в результатах от достигнутого с помощью только упорных целенаправленных тренировок (подобно спортивной работе).

МЕЗОАКУПУНКТУРА С НЕЙРОМИДИНОМ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕЙРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

С.Г. Гусейнова, С.С. Имамвердиева, Ф.И. Исмаил-заде

Нейропатия лицевого нерва (НЛН), является одной из наиболее распространенных заболеваний периферической нервной системы, характеризуясь сложным этиопатогенезом, частым возникновением рецидивов и осложнений, и не полным восстановлением нарушенных функций. Это обусловливает необходимость совершенствования существующих подходов к лечению НЛН. К методам, обладающим достаточной эффективностью и традиционно применяющимся в лечении и реабилитации больных НЛН относится акупунктура. Неуклонное развитие и совершенствование иглотерапевтических методик за последние годы послужило основанием к разработке новых методических подходов к лечению НЛН.

Цель исследования. Изучение эффективности применения электроакупунктуры (ЭАП) в комплексе с мезотерапией нейромидином (МТН) у больных НЛН.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 42 больных с НЛН. В соответствии с поставленной целью больные были разделены на 2 группы. Первая группа больных (19 больных) принимала лечение электроакупунктурой по классической методике, вторая группа (23 больных) получала электроакупунктуру в комплексе с мезотерапией нейромидином. В обеих лечебных группах были включены массаж и специальная лечебная гимнастика для мимических мышц. Эффективность проводимого лечения оценивалась по данным клинического, электромиографического (ЭМГ) и электронейромиографического (ЭНМГ) исследований.

Полученные результаты и выводы. Результаты проведенных исследований показали, что под влиянием проведенного лечения в обеих группах больных отмечался регресс двигательных нарушений мимической мускулатуры, уменьшение выраженности чувствительных и вегетативно-трофичексих нарушений. Наряду с этим отмечалось улучшение показателей биопотенциалов мимических мышц, временной характеристики М-ответа с нарастанием его амплитуды и площади, повышение СПИэфф по волокнам лицевого нерва. Вместе с тем наиболее выраженная положительная динамика клинических и ЭНМГ показателей была констатирована во 2-й группе больных ($p<0,001$), которая была также более выражена у больных с легкой степенью прозопареза, при инфрагеникулярном уровне поражения нервного ствола и небольшой длительностью заболевания. Полученные результаты позволяют оптимизировать лечение больных НЛН и добиться более полного восстановления нарушенных функций.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ ФИТОТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Т.А. Давиденко

Филиал «Санаторий «Волга» Федеральное государственное казенное учреждение «Санаторно-курортный комплекс «Приволжский» Министерства обороны Российской Федерации, Самара, Россия

Согласно некоторым данным, частота заболеваний почек и мочевыводящих путей значительно увеличилась в последние годы. При данной патологии широко применяются синтетические лекарственные средства, которые не всегда дают желаемый результат, в связи с тем, что в настоящее время появилось множество штаммов микроорганизмов, устойчивых к стандартной антибиотикотерапии. В то же время многогранность действия лекарственных растений, обусловленная комплексом биологически активных веществ, делает фитотерапию незаменимым компонентом при лечении большинства нефрологических заболеваний. Особенно важна роль фитотерапии при хронических процессах мочеполовой сферы.

Цель исследований. Проанализировать эффективность фитотерапии при заболеваниях почек и мочевыводящих путей.

В филиале «Санаторий «Волга» МО РФ в течение 2 лет проводились наблюдения за пациентами с обострениями хронических заболеваний почек и мочевыводящих путей. Составлялись индивидуальные фитосборы и схемы лечения, с учетом сопутствующих заболеваний, возраста, массы тела. Медикаментозное лечение не применялось ввиду различных противопоказаний или по желанию пациента. Под наблюдением находилось 34 человека, из них 15 мужчин и 19 женщин. Условно пациентов поделили на возрастные группы. Наибольшее число (14 человек) было в группе от 71 до 80 лет, от 61 до 70 лет – 8 человек, от 40 до 61 – 7 человек, до 39 лет – 4 человека и 1 пациент – 91 год. Жалобы на момент обращения – боли различной локализации, расстройства мочеиспускания (поллакиурия, странгурия, никтурия). В анализах мочи (исследования проводились в лаборатории санатория) наблюдались лейкоцитурия, гематурия. Через 7–14 дней лечения только у 3-х пациентов (возраст 73 года, 75 и 55 лет) анализы мочи были без изменений. У одного пациента (79 лет), у которого до лечения в анализе мочи наблюдались лейкоциты и эритроциты сплошь в поле зрения, после лечения незначительно снизилось количество лейкоцитов, а эритроциты составляли 1–2 в поле зрения. У всех остальных пациентов (31 человек) анализы мочи пришли в норму по всем показателям, боли и расстройства мочеиспускания отсутствовали.

Выводы. Таким образом, фитотерапия расширяет возможности врача при хронических воспалительных заболеваниях мочеполовой сферы и может быть рекомендована для более широкого применения, особенно у лиц пожилого возраста. Несомненным преимуществом данного вида лечения является более мягкое действие, дающее наименьшее число осложнений, а также возможность корректировки в ходе лечения (смена лекарственных растений, изменение дозировки и концентрации).

НЕЙРОКОМПЬЮТЕРНЫЙ ИНТЕРФЕЙС В ПОДАВЛЕНИИ БОЛЕЗНЕННОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ОПЬЯНЕНИЮ

И.Д. Даренский, А.М. Баринов
Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Одним из центральных звеньев патогенеза алкогольной зависимости является болезненное влечение. Поэтому дезактуализация обостряющегося влечения к опьянению с помощью психотерапии является ключевым методом лечения. Необходима замена негативного стереотипа поведения на трезвеннический, выработка новых стереотипов поведения с помощью тренинга. Терапия помогает выбрать новый способ поведения с формированием индифферентного, безразличного и спокойного отношения к психоактивному веществу и влечению к опьянению и фиксировать это состояние с помощью кинестетического условного стимула.

Использовалась технология биологически обратной связи в виде нейрокомпьютерного интерфейса (НКИ) для виртуального опосредования и визуализации физиологических функций и параметров, когда пациент получает с их помощью представление о состоянии собственных функций каждое мгновение и может изменять их течение. Пациента призывали самого моделировать свое состояние опьянения и болезненного влечения и перевести в спокойное состояние без влечения. Он воздействовал разрушительным образом на изображение бутылки на экране компьютера: выливал ее содержимое на землю или разбивал. Пациенты представляли состояния свободные от влечения и выбирали три состояния наиболее реально достижимые для них состояния при помощи терапевта. Терапевт активировал внимание пациентов на этих состояниях и удерживал. Пациенты приводили подробное и красочное описание желаемого состояния без влечения. Затем пациенты отслеживали трезвое состояние по физиологическим проявлениям и закрепляли кинестетическим условным стимулом. Терапевт фиксировал признаки этого состояния и закреплял возникшие физиологические реакции с помощью процедуры НКИ.

Сеанс дополнялся процедурой нейролингвистического программирования «смещение якорей» с формированием отвращения к ПАВ. Пациенту предлагали представить в одной руке бутылку с алкоголем, а в другой - болезненные последствия пьянства. При появлении внешних признаков реакции на эти представления (брезгливое выражение лица, движения сглатывания) терапевт сопоставлял их с данными НКИ и указывал пациенту на обнаруженное соответствие. Этим пациент научался вызывать заданное состояние, в данном случае состояние трезвости и избавления от болезненного влечения. При повторных процедурах происходила автоматизация нового трезвеннического состояния, что служило сигналом к завершению сеансы терапии. Таким образом, в амбулаторных условиях проведено антиалкогольное лечение 200 пациентов с алкогольной зависимостью.

Проведенное исследование позволило доказать возможность протезирования утраченных больными алкогольной зависимостью волевых функций по избавлению от болезненного влечения к алкоголю. У пациентов создавались навыки влияния на виртуальный образ путем самососредоточения на собственном психическом состоянии. Посредством нейролингвистического программирования в сочетании с НКИ больные алкоголизмом учились самостоятельно избавляться от болезненного влечения и производили формирование внутреннего контроля за влечением в последующем.

ПРИНЦИП ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ

Л.А. Деева
Клиника классической гомеопатии им С. Ганемана, Москва, Россия

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: более 350 миллионов человек страдают депрессией – психическим нарушением, которое лишает их возможности нормально функционировать, депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на второе – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. По оценкам ВОЗ, депрессия распространена во всех регионах мира, однако из-за стигматизации, все еще нередко сопутствующей депрессии, многие не признают того, что они больны и не обращаются за лечением. Если не будут приняты соответствующие меры, то к 2020 году депрессия парализует экономическую жизнь как развитых, так и развивающихся стран. Ежегодно около 150 миллионов человек в мире лишаются трудоспособности из-за депрессий. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров - инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания.

Традиционно существует два основных способа лечения депрессии: медикаментозная терапия и психотерапия. Применение только лекарственных веществ, по оценкам контролируемых исследований в области фармакотерапии, приводит к выраженному улучшению лишь в 60-65% случаев. Наибольший эффект дает сочетание 2 этих методов. Альтернативой медикаментозной терапии может являться лечение методом гомеопатии, которое при правильном подходе не только помогает при уже существующей депрессии, но и избавляет организм от склонности к этой болезни

На примере случая пациентки 26 лет показан принцип гомеопатического подхода к лечению депрессий, который основан на том, что препарат подбирается для конкретного больного, с учетом провоцирующего фактора, индивидуальных проявлений болезни и общих особенностей организма. Поэтому большое значение здесь имеет правильно собранный анамнез больного. Анализ данного случая проведен с использованием компьютерной программы RADAR, а так же ссылками на работы известных врачей гомеопатов. Применение подобранного

препарата дало практическое излечение с длительной стабильной ремиссией. Правильно подобранный гомеопатический препарат стимулирует организм человека к восстановлению саморегуляции, направляя силы организма на исправление имеющихся нарушений, что позволяет не только выйти из состояния депрессии, но и дает реальный шанс на выздоровление.

Применение гомеопатических препаратов при лечении психической патологии не требует отмены седативных лекарств и антидепрессантов. На фоне гомеопатического лечения, по мере улучшения состояния пациента, их доза постепенно снижается до полной отмены.

Разбор данного случая демонстрирует возможности классической гомеопатии при лечении депрессии, показывает способ мышления врача, модель рассуждения о причине болезни с точки зрения философии классической гомеопатии, иллюстрирует подход к лечению больных.

СРАВНЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ И КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКАХ ЛЕЧЕНИЯБОЛЬНЫХ ИБС

Д.В. Дедов, В.П. Мазаев, С.В. Рязанова, И.Ю. Евтюхин

ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, Тверь, Россия

Областной клинический кардиологический диспансер, Госпиталь МО РФ, Тверь, Россия

Цель. Сравнить характеристики качества жизни (КЖ) при интервенционной и консервативной тактиках лечения больных ИБС.

Материал и методы. Всего в исследование было включено 146 больных ИБС (средний возраст 63,5 ± 5,6 лет), проявляющейся приступами стабильной стенокардии II-III функционального класса. Они получали обследование и лечение в ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер» и Госпитале (г. Тверь) МО РФ. У 102 из них в ГНИЦПМ Минздрава России (г. Москва) были выполнены стентирование и/или баллонная ангиопластика коронарных артерий. Они составили основную группу. В группу сравнения вошли 44 пациента, получавших только консервативную терапию. Исследование проводили в соответствие с планом научно-исследовательских работ ГНИЦПМ Минздрава России (г. Москва). Применяли клинико-анамнестический, клинико-лабораторный, клинико-инструментальный и биохимический методы. Выполняли стандартную электрокардиографию (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографию с допплерографией. Изучение характеристик КЖ выполняли при помощи опросника SF-36. Результаты представлялись в виде оценок в баллах таким образом, что более высокая оценка указывала на лучшее КЖ. Опрос пациентов проводился на приеме у кардиолога, путем направления письма и/или по телефону. Анализировали: GeneralHealth (GH) – общее состояние здоровья; PhysicalFunctioning (PF) – физическое функционирование; Role-Physical (RP) и Role-Emotional (RE) – влияние физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование; SocialFunctioning (SF) – социальное функционирование; BodilyPain (BP) – интенсивность боли; Vitality (VT) – жизнеспособность; MentalHealth (MH) – самооценка психического здоровья. Полученные результаты. У мужчин основной группы показатели GH, PF, VT, RP и BP оказались выше, чем в группе сравнения (на 31,6%, 23,1%, 26,2%, 12,5% и 10,8% соответственно; все $p< 0,05$). При этом, у женщин после стентирования и/или баллонной ангиопластики коронарных артерий по сравнению с группой пациенток, получавших консервативное лечение, отмечали более высокие значения PF (на 18,2%; $p< 0,05$). При этом анализ ранговых корреляций Спирмена показал, что, у мужчин в основной группе имелась сильная положительная связь между PF и GH, PF и RP ($R=0,65$ и $R=0,69$; оба $p< 0,05$), а у женщин - RE и VT, MH и VT ($R=0,65$ и $R=0,73$; оба $p< 0,05$). Выводы. Таким образом, у больных ИБС, перенесших стентирование и/или баллонную ангиопластику, по сравнению с пациентами, лечившихся консервативно, было отмечено повышение качества жизни. При этом у мужчин это выражалось преимущественно в способности выполнять более высокие физические нагрузки, а у женщин – в улучшении психоэмоционального состояния и увеличении жизнеспособности.

ТРЕНИРОВКА МЫШЦ ТАЗА ПОД КОНТРОЛЕМ БОС У ПАЦИЕНТОВ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Ю.Л. Демидко, А.З. Винаров, Л.М. Рапопорт, В.А. Григорян, С.А. Мянник

НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, Москва, Россия

Введение. Недержание мочи (НМ) одно из частых осложнений радикальной простатэктомии, выполняемой по поводу рака простаты. Основными причинами НМ после простатэктомии служит недостаточность замыкательного аппарата пузырно-уретрального анастомоза и гиперактивность детрузора.

Тренировка мышц таза направлена на повышение их силы, тонуса, а также на развитие перинеального рефлекса – способности сокращать промежность в ответ на внезапное повышение внутрибрюшного давления. Предоставление пациенту информации о функционировании мышц таза во время тренировки (биологическая обратная связь - БОС) повышает эффективность упражнений.

Материалы и методы. Тренировка мышц тазового дна под контролем БОС применена у 117 пациентов, перенесших радикальную простатэктомию. Возраст исследуемой группы составил 64 (54-73) 1 года.

Количество баллов по шкале ICIQ-SF составило 17(10-21) (Медиана, 5 и 95 перцентиль). Медиана продолжительности недержания мочи после простатэктомии была 2 (1-39) месяца.
Навык изолированного сокращения мышц промежности, с минимальным участием мышц передней брюшной стенки приобрели в течение 2-4 занятий 51 (43,6%) пациент. Другим 66 (56,4 %) для выполнения подобного типа упражнений требовалась поддержка в виде биологической обратной связи по двум ЭМГ каналам. Эта группа пациентов выполняла тренировки 1 раз в неделю.
Критерием эффективности лечения было уменьшение частоты эпизодов НМ, увеличение интервалов между мочеиспусканиями, увеличение объема выделенной мочи. Критерием выздоровления считалось применение 1 малой прокладки в день в качестве страховки.
Результаты. Выздоровление отмечено у 33 (28,2%) пациентов, улучшение – у 27 (23,1%), отсутствие изменений – у 52 (44,4%), установлен слинг – у 2(1,7%), установлен искусственный сфинктер у 3(2,6%).
Из 66 пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии, которые тренировались с поддержкой БОС для выполнения корректных упражнений, у 10 пациентов достигнуто выздоровление, у 14 улучшение. У 40 пациентов на фоне тренировок не было перемен в состоянии, а 2 установлен искусственный сфинктер. Медиана улучшения состояния в этой группе составила 8,1 мес.
Из 51 пациента, которые овладели навыком изолированных сокращений мышц таза, у 23 выздоровление, у 13 улучшение, у 12 состояние было без перемен, у 2 установлен искусственный сфинктер и у 1 слинг. Медиана улучшения в этой группе составила 4,1 месяца. Различия динамики улучшения между данными группами были статистически значимыми (p=0,001) (Медиана, 5 и 95 перцентиль).
Заключение. Тренировка мышц тазового дна – эффективный способ восстановления удержания мочи после РПЭ. Два канала суммарной ЭМГ позволяют регулировать активность мышц антагонистов и развивать новый двигательный навык, в данном случае изолированное сокращение мышц таза. Восстановление удержания мочи зависит от способности сознательного контроля мышц таза. Скорость развития и закрепление изолированных сокращений мышц тазового дна может быть прогностическим критерием эффективности тренировки и скорости восстановительных процессов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕНИРОВКИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПОД КОНТРОЛЕМ БОС ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У МУЖЧИН

Ю.Л. Демидко, А.З. Винаров, М.А. Газимиев, Ю.М. Есилевский, А.М. Байдувалиев
НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья, Москва, Россия

Введение. Тренировка мышц тазового дна применяется в числе методов лечения синдрома хронической тазовой боли. Близкое расположение органов таза и мышц, общие источники иннервации, кровоснабжения предполагают наличие связей между ними. Сознательный контроль и управление мышцами таза позволяет активировать рефлекторные связи и воздействовать на источники боли. Тем более, что нередко источником тазовой боли может быть патологическое состояние мышц таза.
Биологическая обратная связь по электромиограмме в режиме реального времени помогает пациенту управлять мышцами таза и повысить эффективность тренировок. Мы анализировали эффективность упражнений для мышц таза под контролем биологической обратной связи при синдроме хронической тазовой боли у мужчин.
Материалы и методы. С 2008 по 2012 год тренировка мышц таза под контролем биологической обратной связи по электромиограмме рекомендована 46 больным, у которых установлен диагноз хронической тазовой боли. Возраст пациентов составил 36 (22-66) (Медиана, 5 и 95 перцентиль) лет. Продолжительность жалоб составила – 3 (1-6) года. Воспалительные, опухолевые и неврологические причины у этой группы были исключены. Все пациенты отвечали на вопросы шкалы NIH-CPSI до начала и через 3 месяца лечения. Контроль эффективности упражнений и состояния мышц таза осуществляли при помощи поверхностных электродов, установленных на промежности.
Результаты. Исходно сумма баллов по шкале NIH-CPSI в группе составила 21 (13-35) баллов. По данным ЭМГ у20(43,5%) пациентов была выявлена нестабильность мышц тазового дна. По данным суммарной электромиограммы колебания уровня сигнала (девиация) были выше 15%. У 3 (6,5%) повышенная девиация была при сокращении и расслаблении, у 3(6,5%) при расслаблении, у 16(34,8%) при сокращении. Продолжительность тренировок мышц таза под контролем биологической обратной связи составила 2 (1-12) месяцев. При контрольном исследовании сумма баллов по шкале NIH-CPSI составила 18(12-30). Отмечено значимое уменьшение выраженности симптомов (p=0,001) (Применен критерий Уилкоксона). Медиана снижения патологической симптоматики составила 6 месяцев. При этом медиана улучшения состояния при отсутствии признаков нестабильности мышц таза составила 5 месяцев, а при наличии признаков нестабильности – 11 месяцев (p=0,09) (Применен логранговый критерий).
Заключение. Тренировка мышц таза под контролем биологической обратной связи позволяет уменьшить выраженность симптомов при хронической тазовой боли. Отмечено увеличение времени реабилитации при наличии признаков нестабильности мышц тазового дна по данным суммарной электромиограммы. Биологическая обратная связь по ЭМГ позволяет не только повысить эффективность лечения синдрома хронической тазовой боли, но и выявить одну из причин его возникновения – нестабильность мышц промежности.

ДЕЗИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА В КОНТЕКСТЕ ГЕММОТЕРАПИИ (ФИТОЭМБРИОТЕРАПИИ)

Л.Ю. Долинина
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время роль дезинтоксикации организма, как у относительно здоровых людей, так и у пациентов с хроническими заболеваниями переоценить невозможно. Все физиологические и тем более патологические процессы в организме человека происходят с образованием токсических веществ, которые при нормальном функционировании дренажных и выделительных систем и органов выводятся, не аккумулируясь в клетке и межклеточном пространстве. Наряду с этим на современном этапе развития человечества возросло количество поступления в организм экзогенных токсинов, прежде всего с водой и пищей, воздухом, косметическими и химическими лекарственными средствами. При несостоятельности органов, отвечающих за дезинтоксикацию, токсин любого генеза распространяется в организме, включается в метаболические процессы и накапливается, тем самым снижая возможность адаптации и саморегуляции организма, вызывая и усугубляя хронические заболевания.

В связи с вышесказанным цель дезинтоксикации должна заключаться не только в элиминационных мероприятиях (прекращении попадания токсинов в организм), но и в поддержке внутренних органов, участвующих в процессе детоксикации. Кроме того, важную роль играет обучение или повышение самосознания пациентов в отношении необходимости проведения дезинтоксикации.

Дезинтоксикация представляет собой один из важнейших механизмов химической резистентности. Это комплекс биофизических и биохимических реакций организма, направленных на сохранение гомеостаза, который обеспечивается совместной работой иммунной системы, детоксикационной системы печени, а также экскреторных органов – почек, кишечника, легких, кожи.

Геммотерапевтическая, как и гомеопатическая, детоксикация основана на поддержке и мягкой синергетической стимуляции физиологических систем и органов, способствующих повышению внутренних резервов и саморегуляции организма.

Геммотерапия или меристематерапия (фитоэмбриотерапия) – направление в области фитотерапии, в котором используются молодые, меристемные (недифференцированные) клетки различных растений. Термин «геммотерапия» берет свое начало от латинского слова «gemma» - почка, жемчужина.

Геммоэкстракты оказывают общее дезинтоксикационное и специфическое дренажное, иммуномодулирующее действие, способствуют поддержанию тканевого и клеточного гомеостаза, обладают органотропизмом, что позволяет их использовать как при функциональных, так и органических изменениях.

В детоксикационных целях наиболее востребованы ниже представленные геммоэкстракты, предлагаемые в разных комбинациях, в зависимости от уровня интоксикации организма.

Так, для относительно здоровых людей рекомендуется периодический (1-2 раза в год) прием геммоэкстрактов по следующей схеме:

1. Экстракт сока Березы серебристой, действующего на уровне лимфатической и мочевыводящей систем, кожи, 2 мл (50 капель) в небольшом количестве воды за 30 минут до завтрака.
2. Экстракт из почек Ясеня обыкновенного, действующего на уровне желчного пузыря и печени, мочевыводящей и суставной систем, 2 мл (50 капель) в небольшом количестве воды за 30 минут до обеда.
3. Экстракт из почек Ореха грецкого, действующего на уровне слизистых оболочек, кожи, поджелудочной железы и кишечника, 2 мл (50 капель) в небольшом количестве воды за 30 минут до ужина.

У пациентов с хроническими заболеваниями наиболее эффективна следующая схема геммотерапевтической дезинтоксикации:

Экстракт из почек Смородины черной (общее дренажное и иммуномодулирующее действие), 2 мл (50 капель) в небольшом количестве воды за 30 минут до завтрака.

Экстракт сока Березы серебристой (дренаж лимфатической и мочевыводящей систем, кожи), 2 мл (50 капель) в небольшом количестве воды за 30 минут до обеда.

Экстракт из корня Ржи (дренаж печени и кожи), 2 мл (50 капель) в небольшом количестве воды за 30 минут до ужина, у пациентов с ожирением Экстракт из ростков Оливы (дренаж печени, регуляция жирового и углеводного обмена), 2 мл (50 капель) в небольшом количестве воды за 30 минут до ужина.

Эффективность дезинтоксикации с применением геммоэкстрактов повышается при проведении ее в самом начале лечения и/или повторных курсов в течение года. Возможно ее сочетание, как с аллопатической терапией, так и с конституциональным гомеопатическим лечением.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Л.Ю. Долинина, А.Н. Делиева
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова Санкт-Петербург, Россия

Актуальность темы. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. К основному патогенетическому механизму ХОБЛ относят воспаление дыхательных путей, развивающееся на фоне многочисленных раздражающих факторов, прежде всего, курения. Исследования последних лет подтвердили также системность воспалительного процесса при данном заболевании.

Цель настоящего исследования состояла в оценке противовоспалительного эффекта антигомотоксических препаратов у данного контингента больных.

Материалы и методы. Обследовано 168 больных, из них 78 пациентов с ХОБЛ различной степени тяжести и 90 больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ. Все пациенты разделены на две группы – основную (60 человек), пациенты которой на фоне базисного лечения ХОБЛ получали также антигомотоксическую терапию, и сравнительную (108 человек), пациенты которой получали только базисную терапию.

Все пациенты, участвующие в исследовании, подписывали добровольное информированное согласие на клинико-инструментальное и лабораторное обследование. Дополнительно в мокроте и сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с использованием наборов ООО «Цитокин» СПб определялся уровень IL- 8, TNF- α, INF – γ. В сыворотке крови также определялась концентрация С-реактивного белка (СРБ) и фибриногена.

Антигомотоксическая терапия проводилась в течение 10 недель и проходила по схеме: Лимфомиозот – 1 инъекция в/м в неделю №10, Мукоза композитум 1 инъекция в неделю №10, Коэнзим композитум в/м 1инъекция в неделю №10 и Траумель С №10 в/м 1 инъекция в неделю.

Результаты исследования. Анализ цитологического состава бронхоальвеолярной жидкости (мокроты и смывов из бронхов) в зависимости от проводимого лечения выявил, что в группе пациентов, получавших антигомотоксические препараты, отмечалась тенденция к уменьшению количества макрофагов и эозинофилов, как в мокроте, так и смывах из бронхов. Достоверно снизился процент содержания нейтрофилов мокроты (47,1±3,2 до лечения и 35,6±2,4 после лечения, $p < 0,005$). Во второй группе пациентов отмечалась похожая динамика с тенденцией к уменьшению макрофагов и эозинофилов мокроты, но в тоже время к увеличению этих клеток в смывах из бронхов. Выявлено также достоверное снижение нейтрофилов в смывах из бронхов (55,3±4,2 до лечения и 37,0±3,7 после лечения, $p < 0,005$).

Анализ динамики уровня провоспалительных цитокинов в бронхоальвеолярной жидкости выявил достоверное ($p < 0,005$) снижение концентрации IL-8 (1605, 7±87,9 пг/мл до лечения и 1100,2±93,1 пг/мл после лечения в основной группе, 3404,1±26,5 пг/мл до лечения и 1777,6±19,2 пг/мл после лечения в сравнительной группе) и TNF-α (37,3±3,8 пг/мл до лечения и 19,4±3,4 пг/мл после лечения в основной группе, 29,3±3,2 пг/мл до лечения и 18,9±2,4 пг/мл после лечения в сравнительной группе) мокроты у всех больных. В группе пациентов, которые получали антигомотоксические препараты, достоверно ($p < 0,005$) снизились также γ-INF мокроты (60,7±2,6 пг/мл до лечения и 13,2±1,8 пг/мл после лечения) и γ-INF(9,9±2,3 пг/мл до лечения и 3,5±1,8 пг/мл после лечения) и TNF-α (6,6±0,4 пг/мл до лечения и 4,4±0,1 пг/мл после лечения) смывов из бронхов. Во второй группе пациентов, которые находились только на базисной терапии, было также отмечено достоверное снижение IL-8 смывов из бронхов (818,5±36,8 пг/мл до лечения и 688,2±23,3 пг/мл после лечения).

Оценка динамики системных маркеров воспаления показала, что у всех пациентов наблюдалось увеличение изучаемых показателей до начала лечения. После лечения в обеих группах пациентов было выявлено достоверное ($p< 0,005$) снижение С-реактивного белка (9,5±1,8 г/л до лечения и 7,6±1,5 г/л после лечения в основной группе, 8,7±0,8 г/л до лечения и 6,5±0,7 г/л после лечения в сравнительной группе), TNF-α (8,8±1,7 пг/мл до лечения и 2,7±0,2 пг/мл после лечения в основной группе, 5,1±2,1 пг/мл до лечения и 2,9±1,4 пг/мл после лечения в сравнительной группе), IF-γ (225±7,2 пг/мл до лечения и 135±6,8 пг/мл после лечения в основной группе, 179±6,8 пг/мл до лечения и 128±4,7 пг/мл после лечения в сравнительной группе) сыворотки крови. В группе пациентов, в которой использовались антигомотоксические препараты также было зарегистрировано достоверное ($p < 0,005$) снижение СОЭ (18,8±1,4 мм/ч до лечения и 12±1,6 мм/ч после лечения). Такие маркеры, как лейкоцитоз и нейтрофилез, фибриноген и IL-8 сыворотки крови оставались без изменений.

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить о хорошем противовоспалительном эффекте проведенной терапии. Антигомотоксические препараты дополнили и усилили противовоспалительный эффект базисной терапии.

При проведении корреляционного анализа была выявлена зависимость активности цитокинов TNF-α и IL-8 от объема противовоспалительной терапии, поэтому целесообразно раннее назначение (при легкой и средней степенях тяжести) противовоспалительной терапии, включающей в себя современные гомеопатические средства, что в сочетании с бронхолитиками, возможно, позволило бы избежать нарастания необратимой бронхообструкции при тяжелом и крайне тяжелом течениях ХОБЛ, а также уменьшить риск развития аутоиммунного процесса.

На основании проведенного исследования можно рекомендовать антигомотоксические препараты Лимфомиозот, Мукоза композитум, Коэнзим композитум и Траумель С при ХОБЛ различной степени тяжести, а также при сочетании ХОБЛ и ИБС. Введение данных комплексных гомеопатических препаратов в общепринятые схемы лечения изучаемых заболеваний позволит повысить эффективность лечения, прежде всего, в противовоспалительном аспекте.

ЛЕЧЕНИЕ ЛАКТОСТАЗА ПРИ ПОМОЩИ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО МЕТОДА

Т.А. Домарева
Клиника классической гомеопатии им. Ганемана, Москва, Россия

Грудное вскармливание – важный этап в жизни матери и ребенка. От того, насколько гладко, без осложнений он пройдет, зависит здоровье не только матери, но и ребенка.
В период лактации использование множества традиционных аллопатических лекарственных средств не показано или ограничено. Гомеопатический метод лечения позволяет не только убрать возникшие изменения в молочных железах, но и сделать дальнейшее грудное вскармливание безболезненным, нормализовать продукцию молока, принося радость кормящей женщине.
Лактостаз или застой молока - одна из частых проблем в периоде грудного вскармливания. Своевременное расцеживание, физиопроцедуры, соблюдение гигиенических аспектов, нормализация сна, диеты матери могут помочь избежать или уменьшить проявления лактостаза, но не всегда эти процедуры быстро купируют уже начавшиеся изменения в молочных железах.
Своевременное назначение показанного средства при развитии признаков застоя молока позволит избежать развития мастита, а также профилактировать лактостаз в последующие месяцы.
При лактостазе и мастите гомеопаты использует более 6 десятков средств.
В процессе подбора подобного лекарства важно помимо принципа подобия, лежащего в основе гомеопатического метода лечения, учитывать, является ли данный случай острым или проявлением конституциональной слабости организма. Рутинное использование часто назначаемых при лактостазе белладонны, аконита или фитолякки не допустимо.
На примере нескольких ярких случаев мы хотим показать принципы выбора подобного средства в при острых и «рецидивирующих» с точки зрения традиционной терапии лактостазов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕИМУЕСТВ ОБРАБОТКИ ТЕКСТОВЫХ ДАННЫХ С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММЫ SPSS НА ЭТАПЕ ВВОДА И ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ ДАННЫХ

И.И. Друговская, В.А. Подольский, Д.Б. Кондратьев, С.В. Маляренко, Л.Р. Сабитова
ФГОУ ВПО РГУФКСМиТ (ГЦОЛИФК) Институт спортивной медицины, Москва, Россия
МГТУ МИРЭА, Москва, Россия

Актуальность. В свете решения задач, поставленных с автоматизацией рабочего места врача, сокращения времени врачебного приёма и, вместе с тем, стратегий по спортизации общества, в настоящее время становится актуальной проблема статистической обработки данных пациентов. Решение этой проблемы неразрывно связывает специалистов смежных областей - исследователей, программистов, кибернетиков по специальности Биотехнические системы и технологии. **Целью** данного исследования явилось сравнить доступность для начинающего пользователя возможностей программного обеспечения Excel и SPSS.
Материал и методы. Исследование проводилось в период учебно-производственной практики студентов 1-3 курса МИРЭА на базе кафедры спортивной медицины РГУФК. В исследование были привлечены 28 человек, 20 юношей и 8 девушек, из которых 84% владели навыками применения программ Microsoft Office и 52% владели языками программирования. Студенты были разделены на 2 группы: группа 1- экспериментальная (14 человек, 78.5% юношей и 21.5% девушек) и группа 2- контрольная (14 человек, 64.2% юношей, и 35,8% девушек). Группам были даны задания по составлению шаблонов документов и программ. Экспериментальной группе предварительно было предложено ввести обезличенные данные врачебного наблюдения за физически активными лицами, полученные в ходе исследований в созданную базу данных на основе программы SPSS и только после этого выполнять работу по составлению вариантов электронных документов, являющихся частью разработки электронной карты пациента.
Полученные результаты. Группа №2 выполняла задания оперативно, было создано 5 вариантов шаблонов электронных протоколов и программ на разных языках программирования. Группа №1 в течение 2 дней учебно-производственной практики изучала работу программы SPSS, в том числе путём ввода данных. По окончании изучения процедуры ввода данных в программе SPSS и основ статистической обработки в этой программе, студенты отмечали изменение понимания в правилах создания баз данных (БД) в среде Excel, связанные с возможностью последующей обработки текстовых данных в новой программе. При этом студентами отмечалось, что описание данных жалоб, анамнеза, обследования и рекомендаций в обезличенных образцах документов имеют нюансы, которые более точно могут быть описаны и проанализированы в SPSS, в то время как привычная программа Excel даёт быструю возможность обработки числовых показателей. При этом испытуемые обеих групп отмечали необходимость при выполнении заданий в консультациях врача.
Выводы. 1. При автоматизации рабочего места врача необходимо учитывать новые возможности прогрессивно развивающихся статистических программ SPSS. Решение вопроса автоматизации должно сопровождаться возможностью отражения в БД элементов в текстовом формате, доступном для статистической обработки - автоматизация рабочего места врача подразумевает развитие программированного статистического учёта, не исключая участия специалиста в решении вопросов здоровья пациентов.

2. Программа SPSS удобна для анализа и обработки данных в текстовом формате и способствует существенному ускорению ввода данных, что положительно будет влиять на работу медицинских сотрудников, а также необходимо указать, что программа SPSS достаточно удобна для экспорта из среды Excel, но при импорте из SPSS в другие приложения MS Office могут возникать проблемы технического характера.
3. Программа SPSS проста в изучении и может быть освоена начинающим пользователем в короткие сроки.

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРОГРАММ MICROSOFT EXCEL И SPSS В РОЛИ СТАТИСТИЧЕСКИХ БАЗ ДАННЫХ ДЛЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ЭТАПЕ ВВОДА И ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ ДАННЫХ

И.И. Друговская, В.А. Подольский, Д.Б. Кондратьев, С.В. Маляренко, Л.Р. Сабитова
ФГОУ ВПО РГУФКСМиТ(ГЦОЛИФК) Институт спортивной медицины, Москва, Россия
МГТУ МИРЭА, Москва, Россия

Актуальность темы. При оценке результатов медико-биологического исследования решаются задачи сопоставления качественного и количественного анализа при обработке полученных в ходе исследования данных. В свете реализации стратегий ВОЗ, направленных на снижение заболеваемости, становится актуальной задача создания электронных карт пациентов, выбора программ для проведения статистического анализа полученных данных. Целью данного исследования явилось сравнение технических характеристик двух программ Microsoft Excel и SPSS для обработки статистической информации для начинающего пользователя.
Материал и методы. С целью сравнительного тестирования возможностей программ было создано математическое обеспечение, включающее описательные (текстовые) характеристики изучения динамики медико-биологических показателей физически активных лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), занимающихся фитнесом. Критерии сравнения включали в себя: удобство интерфейса для начинающего пользователя, качество сохраняющейся информации при вводе данных, возможности анализа данных, способность обрабатывать медицинские данные и удобство автоматизации внесения данных. Методы сравнения и исследования статистических программ заключались в построении на их основе баз данных физически активных лиц. Оценка факторов риска ССЗ проводилась с использованием шкалам SCORE.
Полученные результаты. Составление базы данных с использованием Microsoft Excel: ввод и обработка цифровых данных о 82 физически активных лицах, самостоятельная автоматизация варианта шкалы SCORE (в течение 20 часов). До 30% времени работы было потрачено на: кодирование текстовых результатов для поддержания более точной информативности вводимого в базу данных материала и создание дополнительных таблиц для хранения кодов. Значительная часть времени была затрачена на составление кодов для описания данных самочувствия, анамнеза жизни, спортивного анамнеза. В связи с более частым использованием Microsoft Excel для построения математических моделей, мы смогли в течение короткого времени создать свой вариант шкалы оценки риска ССЗ SCORE (на анализе риска ССЗ по шкале SCORE для стран с высоким риском ССЗ). С помощью программы SPSS нам удалось создать базу данных с текстовыми переменными, что позволило при проведении оценки результатов дать более точные заключения в отношении работы с множественными переменными, отражениями фраз, характеризующих самочувствие, жалобы и анамнез физически активных лиц.
Выводы. Использование баз данных, содержащих текстовые значения, позволяет создавать более точные характеристики физически активных лиц, касающиеся самочувствия, анамнеза и рекомендаций.
Наличие программ, позволяющих обрабатывать и сопоставлять текстовые переменные, позволяет сокращать время ввода и анализа статистических баз, данных в сравнении с программами, содержащими для анализа только числовые переменные.
Обработка статистических баз данных физически активных лиц, содержащих текстовые переменные, требует участия лиц, владеющих навыками медико-биологического контроля, для более точного прогноза.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ДЛЯ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ С ОБРАТНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СВЯЗЬЮ В УСЛОВИЯХ ИММОБИЛИЗАЦИИ КОНЕЧНОСТИ

Г.М. Дубровин, П.В. Ковалев, Н.П. Демченко, А.С. Биляк
ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Реабилитация двигательных расстройств после пластики передней крестообразной связки коленного сустава является одной из самых актуальных проблем современной медицины. В связи с необходимостью длительной иммобилизации поврежденной конечности возникает нарушение функции суставов, мышц и сухожилий. Данная проблема требует дальнейшего решения. Внедрение автономного электронного устройства с обратной биологической связью позволяет улучшить результаты реабилитации за счет постоянного контроля за методичностью выполнения программы и возможности функционального лечения при наличии иммобилизации.
Цель исследования. Улучшение результатов реабилитации больных с повреждением опорно-двигательного аппарата.
Материалы и методы. В ходе исследования создано автономное электронное устройство с обратной биологической связью для электромиостимуляции иммобилизированной конечности, состоящее из трех взаимосвязанных блоков: блока регистрации движений, блока стимулирующих импульсов и блока управления устройством. На данное устройство получен патент №124574 от 10.02.13 г.

В основу настоящего исследования положены материалы реабилитационных мероприятий, проводимых в клинических условиях с формированием основной и контрольной групп пациентов – добровольцев после пластики передней крестообразной связки коленного сустава. Иммобилизация осуществлялась применением шарнирного коленного ортеза в течение 2 месяцев.

70 пациентов составили основную группу, которым проводилась электромиостимуляция иммобилизированной конечности, с помощью электронного устройства с обратной биологической связью, 65 человек контрольную. Контрольной группе пациентов проводилось только стандартное лечение. Электромиостимуляция проводилась на следующий день после иммобилизации, ежедневно два сеанса в день, продолжительностью по 20 минут.

Оценка результатов исследования и эффективность лечения проводились в послеоперационном периоде через 6 недель после оперативного лечения по следующим параметрам: 1.Амплитуда движения в коленном суставе. 2.Объем и сила движения в коленном суставе. 3. Диаметр бедра поврежденной конечности.

Клиническое обследование больных включало функциональные методы с использованием мануального мышечного тестирования-ММТ, предусматривающего количественную оценку функционального состояния нижней конечности больных в баллах, с помощью шести бальной шкалы исследования силы мышц (0 баллов - отсутствие произвольного движения конечности, 5 баллов - движение в полном объеме под действием силы тяжести с максимальным внешним противодействием).

Таким образом, на основании проведенных исследований выявлены особенности влияния электромиостимуляции мышц иммобилизированной конечности устройством с обратной биологической связью на течение реабилитационного периода, функциональную активность нижней конечности.

После снятия иммобилизации через 6 недель амплитуда движения увеличилась на 15% в основной группе. Сила мышц бедра и трофические свойства увеличились в среднем на 5% в основной группе. Диаметр бедра в основной группе после курса электромиостимуляции автономным электронным устройством приближается к исходным значениям, в то время как в контрольной группе диаметр бедра уменьшился на 9%.

Выводы.

1. Разработана и научно обоснована новая эффективная методика электромиостимуляции иммобилизированной конечности электронным устройством с обратной биологической связью, что повышает эффективность комплексного лечения и улучшает результаты реабилитации.
2. Метод электромиостимуляции иммобилизированной конечности позволяет контролировать запрограммированный темп функциональной реабилитации поврежденной конечности.
3. Применение методики электромиостимуляции с помощью автономного электронного устройства с обратной биологической связью увеличило амплитуду движения через 6 недель после снятия иммобилизации на 15% в основной группе, сохранило тонус мышц бедра и увеличило их трофические свойства на 5% в основной группе пациентов.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.А. Дюсупова, М.Д. Байтубаева, В.Т. Ахметова
Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

В настоящее время актуальным вопросом клинической медицины является изучение проблемы метаболического синдрома (МС) у детей и подростков.

Цель работы. Изучить частоту распространенности компонентов МС и предикторов его развития у детей и подростков средней школы №15 г. Семей

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились дети и подростки средней школы №15 г. Семей в возрасте от 11 до 17 лет. Методы:1. Проведение анкетирования (с использованием разработанной авторами анкеты) среди исследуемых детей и подростков в возрасте от 11 до 17 лет в школе №15 г. Семей: антропометрия (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), ОТ, ОБ, отношение ОТ/ОБ), данные анамнеза, измерение АД. 2. глюкометрия: определение глюкозы в крови натощак и на фоне еды.

Результаты и их обсуждение. В ходе работы было осмотрено 213 детей и подростков школы №15 в возрасте 11-17 лет. Признаки МС и предикторы его развития (повышенный ИМТ, АГ, отягощенный анамнез, гипергликемия натощак) выявлены в 33,3% (71) случаев. Мальчики составили 40 человек (56,3%) и девочки - 31 (43,7%). При этом у 37 (32,4%) из них выявлен отягощенный наследственный анамнез по АГ, ИБС, ожирению и сахарному диабету у родителей. У 26,8 % (19 человек) был обнаружен повышенный ИМТ. Следует отметить, что из общего числа подростков избыточная масса тела и ожирение независимо от пола превалировала в возрасте 14-15 лет (12 человек). АГ - обнаружена в 16,9% (12) случаев, у 7 – мальчиков и 5 девочек в возрасте от 12 до 16 лет. Частота АГ (преимущественно систолическое давление) была выше в возрасте 16 лет, в частности, обнаружена у 41,7% (5 человек). В целом у всех 12 подростков выявлена гипертензия по систолическому давлению. Измерение глюкозы в крови проводилось у 38 (53,5%) из 71 обследуемых. Гипергликемия натощак при этом обнаружена у 7,9% (3) в возрасте 13-15 лет. Повышенный ИМТ имел место у всех троих, отягощенный анамнез по АГ и СД 2 типа у 2 подростков 14 и 15 лет соответственно.

Таким образом, результаты исследования показали, что из 213 детей и подростков средней школы №15 г. Семей в возрасте от 11до 17 лет в 33,3% (71) случаев имели место клинические маркеры и предикторы развития МС. В частности, у 27 (38%) обследуемых выявлены повышенный ИМТ, АГ и гипергликемия натощак, у 34 (47,9%) -

предикторы его развития. 10 (14,1%) человек имели сочетание признаков и предикторов развития МС, преимущественно в возрасте 14 лет (4). При этом 60% из них имели избыточный вес и ожирение, 40% - повышенное артериальное давление.

Выводы.

1. Из 213 обследованных детей и подростков школы №15 г. Семей в возрасте от 11 до 17 лет компоненты МС и предикторы его развития (повышенный индекс массы тела, АГ, отягощенный анамнез, гипергликемия натощак) выявлены в 33,3% (71) случаев. 2. Из 71 детей и подростков в возрасте от 12 до 17 лет признаки МС обнаружены в 38% (27) случаев, предикторы развития МС у 47,9% (34) и их сочетание у 14,1% (10). 3.Учитывая полученные данные, необходимо проведение дальнейших исследований в данном направлении с целью ранней диагностики МС у детей и подростков школы №15 г. Семей и разработки превентивных мер по предупреждению его развития.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Б.Б. Дюсупова, А.А. Дюсупова

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Актуальным вопросом клинической медицины является изучение проблемы бронхолегочной патологии у беременных. Это связано с тем, что во время беременности очень часто ухудшается течение многих заболеваний органов дыхания. По литературным данным обострение хронического бронхита имеет место у 42,3 % женщин. У 80 % больных развилась картина угрожающего прерывания беременности, чаще при обструктивной форме. Непредсказуемость течения бронхиальной астмы (БА) при беременности обусловливает актуальность поиска новых подходов к её лечению, наиболее эффективных комбинаций лекарственных средств в комплексной терапии. Учитывая иммунный характер воспаления, нарушение микроциркуляции, нарушение мукоцилиарного клиренса при БА на фоне гормональной перестройки организма беременной, резонным становится вопрос о применении системной энзимотерапии (СЭТ) у беременных при данной патологии. У беременных с бронхиальной астмой чаще, чем у здоровых женщин, развиваются ранний токсикоз (у 37%), угроза прерывания беременности (у 26%), нарушения родовой деятельности (у 19%), быстрые и стремительные роды (у 23%), могут развиваться недоношенные и маловесные дети. У 5% детей астма развивается в первый год жизни, у 58 % в последующие годы.

Цель работы. Изучение частоты, особенностей течения и лечения при бронхолегочной патологии у беременных по данным пульмонологического отделения больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Семей за период 2010-2013 годы.

Материалы и методы. Нами было обследовано 50 беременных женщин, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении БСМП г. Семей за период с 2010 по 2013 гг. с диагнозом «Бронхиальная астма». Диагноз выставлялся по классификации GINA (Global Initiative for Asthma) 2010г., которая отражает критерии степени тяжести и контролируемость БА. Среди 2920 больных за 3 года беременных было пролечено 50 женщин, в основном с пневмонией - 13 (26%), хроническим бронхитом - 18 (36%), бронхиальной астмой - 19 (38%). Вобэнзим (СЭТ) применялся на фоне базисной терапии по 3 таблетки х 3 раза в течение 1 месяца и по 2 таблетки х 3 раза на протяжении 2 триместра беременности.

Выводы. По результатам исследования включение в терапию Вобэнзима по указанной схеме существенно повышало ее эффективность, что клинически подтверждалось значительным уменьшением потребности в применении бета 2-агонистов, снижением частоты приступов удушья в сутки, повышением уровня контроля над астмой по сравнению с контрольной группой. Применение Вобэнзима у больных пневмонией и бронхитами способствовало более быстрому разрешению воспалительного процесса и сокращению длительности лечения. Сочетанной терапией с применением СЭТ нам удалось обеспечить сохранение беременности, облегчение и уменьшение симптомов токсикоза, воспаления, профилактику осложнений у всех обследуемых беременных основной группы.

ЛЕЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ РЕСУРСОВ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

В.В. Егоров, Г.П. Смолякова, Т.И. Гохуа

Хабаровский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России, Хабаровск, Россия

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Актуальность. В последние годы в клинической медицине Дальневосточного региона с лечебной целью стали широко использовать фитоминеральные препараты, изготовленные из природных ресурсов местного происхождения.

Цель. Проанализировать до сих пор полностью не раскрытые возможности лечебного применения при офтальмопатологии региональных природных факторов в сочетании с физическими.

Материалы и методы. Из лекарственных препаратов, изготовленных на основе природного сырья, мы стали применять такие как: «Реликт – 05», «Ламифарэн».

«Реликт – 05» получают из природного торфяного сырья и минеральных вод дальневосточного месторождения и относят к категории лечебных факторов, обладающих противовоспалительными, регенераторными, рассасывающими свойствами (В.С. Яхонтов, В.И. Яхонтов Опыт лечения торфяными водами некоторых воспалительных заболеваний глаз // Актуальные вопросы офтальмологической помощи населению Дальнего Востока: тез. докл. зональной науч.-практ. конф. – Хабаровск, 1990. – С. 284-286.). Гель «Ламифарэн» изготавливают из бурых морских водорослей, произрастающих на побережье Дальнего Востока. Благодаря богатому содержанию в нем различных микроэлементов витаминов, полисахаридов, каратиноидов, этот природный лечебный фактор является активным модулятором метаболических и иммунных реакций (В.М. Морозов, А.А. Яковлев Фармакотерапия глазных болезней. – М.: Медицина, 2001. – 472 с.).

Ванночковый электрофорез с использованием препарата «Реликт – 05» проводился по разработанной нами методике (патент РФ № 2345740 от 10.02.2009 г) от аппарата «Поток-1», постепенно увеличивая силу тока от 0,3 до 1,0 мА. Продолжительность процедуры составляет от 8 до 15 минут. Сеансы электрофореза осуществляли ежедневно. Курс лечения продолжался 10 дней. Лечение гелем «Ламифарэн» проводили методом фонофореза, в соответствии с предложенным нами способом (патент РФ № 2381018 от 10.02.2010 г.). Гель «Ламифарэн» в количестве 0,1 г закладывался в конъюнктивальную полость глаза и наносился тонким слоем на кожу верхнего века. Затем в течение 5 минут осуществлялось озвучивание верхнего века при закрытом глазе с помощью малой вибрационной головки ультразвукового терапевтического аппарата УЗТ – 1,07 Ф, в непрерывном режиме, мощностью 0,2-0,4 Вт/см?. Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур фармакофореза.

Результат лечения оценивали как хороший, если происходило полное купирование роговичного синдрома, исчезновение воспалительного отека и восстановление патологического процесса эпителиального слоя роговицы; удовлетворительный – при уменьшении степени выраженности вышеуказанных клинических признаков и неудовлетворительный – при отсутствии положительной динамики в лечении.

МАГНИТОЛАЗЕРОФОРЕЗ ДЕРИНАТА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОТЕКОВ РОГОВИЦЫ

В.В. Егоров, Г.П. Смолякова, Т.И. Гохуа, Т.В. Борисова, М.В. Евстифеев

Хабаровский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России, Хабаровск, Россия

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Актуальность. В настоящее время в офтальмологии продолжаются исследования применения медикаментозного лечения в сочетании с физиотерапевтическими методами. Использование магнитных полей и лазерного лечения обосновано их положительным воздействием на различные звенья патогенеза заболевания: сосудорасширяющее, спазмолитическое, противоотечное, противовоспалительное, иммуномодулирующее, защитное действия в отношении неблагоприятных влияний на организм различных внешних факторов. Изучены лечебные возможности магнитолазерофореза дерината в лечении послеоперационных отеков роговицы.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности применения магнитолазерофореза дерината в лечении послеоперационных отеков роговицы.

Материалы и методы. Для оптимизации реабилитационно-восстановительного лечения 28 пациентам (28 глаз) с послеоперационным отеком роговицы наряду со стандартной метаболической терапией с первого дня после операции проводили магнитолазерофорез дерината 0,25%, по разработанной нами методике (Патент РФ № 2476194 от 27.02.2012 г.). Препарат деринат 0,25% – высокоочищенная натриевая соль нативной дезоксирибонуклеиновой кислоты, обладающий регенераторным, антиоксидантным, нейротрофическим, иммуномодулирующим, противовоспалительным действиями, 3-х кратно в течение 1 минуты закапывали в глаз. Сразу после последней инстилляции воздействовали на роговицу одновременно лазерным излучением и бегущим импульсным магнитным полем аппарата «АМО-АТОС», головку-излучатель которого располагали на расстоянии 3 мм от наружной поверхности роговицы. Луч лазера от аппарата «ЛАСТ-01» наводили через осевое отверстие в головке излучателя поля. Частота – 5-10 Гц, положение диафрагмы – 4, время воздействия – 5 минут. На курс приходилось 2-3 сеанса.

Результаты лечения показали полное рассасывание отеков. Применение дерината не имело никаких побочных эффектов (при данном клиническом исследовании) и не вызвало субъективных отрицательных ощущений у пациентов. Более того, препарат хорошо комбинируется с другими препаратами; их положительный взаимный эффект куммулируется. Острота зрения у пролеченных пациентов повысилась в среднем с 0,08±0,02 до 0,78±0,04.

Заключение. Настоящее исследование свидетельствует о перспективном применении магнитолазерофореза дерината в лечении послеоперационных отеков роговицы.

РОЛЬ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В ГЕНЕЗЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Ю.Ю. Елисеев, М.И. Белоусов
ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского МЗ РФ, Саратов, Россия

Появление экологически обусловленных заболеваний из-за загрязнения городской среды тяжелыми металлами (ТМ) ухудшает условия жизни населения, повышает уровень заболеваемости и смертности, генетической патологии. (Г.Г. Онищенко, 2007; В.М. Боев с соавт., 2005-2009). Сегодня возникает необходимость проведения исследований в различных регионах России по единому дизайну с целью объективизации данных, разработки тактики ведения больных и потребности в современных препаратах для лечения экозависимых заболеваний, а также для определения объема необходимой медико-социальной помощи этой категории пациентов (Скоромец А.А. и соавт., 2010; Столяров И.Д. и соавт., 2013).

Нами была предпринята попытка изучения влияния городской среды обитания на распространение рассеянного склероза (РС), выявления новых факторов в его развитии.

Целью представленной работы явилось изучение влияния загрязнения окружающей среды ТМ на развитие рассеянного склероза у населения различных районов г. Саратова.

В задачи исследования входило изучение содержания ТМ в городской среде, а также определение их в биосубстратах больных РС.

Материалы и методы. Исследования проводились в лечебных учреждениях г. Саратова в период с 2010 по 2014 годы. На первом этапе была изучена первичная медицинская документация посещения районных поликлиник и городских стационаров, использовали информацию журналов регистрации приема больных неврологами, материалы статистических кабинетов. Для второго этапа исследования были отобраны 400 больных с РС, средний возраст которых составлял 37,03 года. Включение в исследование проводилось в соответствии с диагностическими критериями McDonald et al., 2010., т.е. в ходе проведенного осмотра были выявлены характерные клинические проявления РС в виде симптомов многоочагового поражения проводниковых систем ЦНС различной степени выраженности. На третьем этапе проводилось обследование городской среды, как в зоне расположения крупных функционирующих предприятий, так и в спальных районах города. Анализировались качество почвы, атмосферного воздуха. Содержание кадмия и никеля в объектах среды и биосубстратах определялось методом атомно-абсорбционной спектрометрии (ААС).

Полученные результаты свидетельствовали о наличии стабильно высоких, по кадмию в 3-5,5 раза, по никелю в 1,5-2 раза превышающих ПДК показателей содержания в атмосфере и почве Кировского и Ленинского районов города. Аналогично высоким было и содержание ТМ в крови и моче больных РС. Так концентрация кадмия в крови больных составляла от 0,065±0,05 мкг/л до 0,071±0,04 мкг/л, что превышало референтные значения. Аналогичные результаты были получены в отношении содержания в сыворотке крови больных РС никеля, который составлял 0,34±0,09 - мкг/л (при уровне токсичности никеля > 50 мкг/л). Еще более наглядным представлялось выявленное нами у обследуемых больных РС, проживающих в Кировском и Ленинском районах, наличие высокого уровня содержания никеля в моче, равное соответственно 1,8±0, 1 и 1,5±0,09 мкг/л ($P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, высокие концентрации кадмия и никеля в исследованных биосубстратах группы больных РС коррелировали с их высоким содержанием в окружающей среде Кировского и Ленинского районов.

ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛОР-ОГРАНОВ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПЕДИАТОРА

М.А. Елисеева, В.С. Соболенкова, С.Ю. Федоров
Тульский Государственный Университет Медицинский институт, Тула, Россия
Детская поликлиника медицинского центра «Консультант», Тула, Россия

Актуальность. Хроническая патология со стороны ЛОР-органов является наиболее распространенной среди детского населения. В последнее время стали все чаще применяться альтернативные методы лечения детей, в частности и антигомотоксические препараты, что очень приветствуется родителями.

Цели. Оценка применения антигомотоксических средств для профилактики вирусных инфекций и обострений хронического процесса ЛОР-органов у детей.

Объектами исследования являлись 25 детей с заболеваниями ЛОР-органов, среди которых выявлялись аллергические риниты у 10 детей (40%), хронические тонзиллиты – у 5 (20%), аденоидиты – у 10 (40%). У всех детей отмечались частые вирусные инфекции (от 3 до 7 за сезон), что нередко приводило к обострению основного заболевания. Средний возраст детей составил 6,5±0,8. Критерии исключения из исследования: хронические заболевания в стадии обострения, течение вирусного заболевания, скептическое отношение к нетрадиционном методам лечения.

В результате высокой заболеваемости вирусными инфекциями и обострений хронического процесса родители всех пациентов отмечали ограниченное общение своих детей со сверстниками. Школьники (n=13) пропускали занятия (двое из пациентов находились 6 и 8 месяцев за последний год до обращения на домашнем обучении); родителям детей дошкольного возраста (n=12) пришлось на длительное время или полностью отказаться от посещения детского сада. Из сопутствующих заболеваний первое место занимала патология ЖКТ: дискинезии желчевыводящих путей отмечались у 10 пациентов (40%), хронические запоры – у 16 % (4 детей). До начала наблюдения у детей

неоднократно проводились курсы антибактериальной терапии от 2 до 6 (за последние 6 месяцев). У всех детей при осмотре отмечалась регионарная лимфаденопатия. Реагировала чаще шейная группа лимфатических узлов (80 %). Пальпация периферических лимфатических узлов выявляла в 15% уплотнение, в 30% - болезненность, в 70% увеличение в размере, в 55% - припухлость.

Всем обследованным пациентам требовалось назначение комплексного лечения, способствующего повышению неспецифического иммунитета, восстановлению кишечной флоры, нормализации функции ЖКТ, профилактики основного заболевания, и прописывалась следующая схема лечения: лимфомиозот, хеппель, энгистол, а также пробиотик в возрастных дозировках от 12 дней до 1,5 месяцев. После окончания курса лечения в течение 4 месяцев проводилось наблюдение за детьми.

Результатом терапии явилось уменьшение количества вирусных заболеваний у 22 детей (88%), в частности: до 2 раз – у 8 детей, до 1 - у 8 детей, не заболели вовсе - 6 детей. Обострения основного заболевания отмечалось только у 3 детей (12%). Возобновили посещение детского сада – 8 детей (32% дошкольников). Сократили пропуски по школе все дети старшего возраста. Кроме того, 7 детей (28%) смогли посещать дополнительные секции, школы и развивающие детские центры.

Выводы. Многокомпонентная схема лечения с применением антигомотоксических препаратов у детей с хроническими процессами ЛОР-органов является эффективной и может быть использована для профилактики обострений и снижения частоты вирусных инфекций.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Л.В. Елисеева, В.Г. Кузнецов

ГУ «НИИ детской курортологии и физиотерапии», Евпатория, Республика Крым

Введение. В последние годы оценка качества жизни (КЖ) на этапе санаторно-курортного лечения становится стандартной процедурой. Представление о качестве жизни как о динамическом состоянии, функции, изменяющейся во времени в зависимости от состояния больного, позволяет, на основе сравнения проводимых до и после лечения исследований КЖ разносторонне оценивать эффективность проведенного санаторно-курортного лечения [6].

Акцент внимания на таком интегральном показателе как эмоциональное состояние ребенка приобретает особое значение для детей с оперированными врожденными пороками сердца. Это связано с тем, что у этих детей соматическое страдание часто сопровождается неврозоподобными, невротическими расстройствами, патологическим развитием личности, незрелостью эмоционально-волевой сферы [4].

У детей школьного возраста при врожденных пороках сердца развивается выраженная психосоциальная дезадаптация, характеризующаяся замкнутостью больных, неуверенностью в своих силах, зависимостью от окружающих, эмоциональной неустойчивостью, тревожностью, возможностью развития депрессивных состояний [9,10].

Поэтому нами уделено внимание изучению у детей с оперированными врожденными пороками сердца динамики качества жизни, как интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанной на субъективном восприятии, а также изучению динамики психоэмоционального состояния, как важного компонента в обеспечении успешности адаптационного процесса, происходящей под влиянием санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 36 детей в возрасте от 9 до 16 лет, оперированных по поводу врожденных пороков сердца, проходивших курс санаторно-курортного лечения в клиническом специализированном детском санатории «Юбилейный». Для оценки психологического статуса детей использован ранее разработанный и апробированный, лабораторией кризисной и клинической психологии ГУ «НИИ детской курортологии и физиотерапии», комплекс психолого-диагностических методик. В комплексе психолого-диагностических методик используются стандартизированные, валидные, адаптированные к возрасту обследованных детей экспериментально-психологические методы (тесты и опросники): личностный опросник Айзенка (детский вариант) (JEPI) [1,5], шкала явной тревожности для детей (CMAS) (адаптация А.М. Прихожан) [1,2], оценка психических процессов по методике «тест дифференцированной самооценки функционального состояния» (ТДСФС) [3].

Качество жизни оценивали на основе общего опросника MOS SF.36 (J. Ware), адаптированного для детей [6,7,8]. Опросник состоит из 11 разделов, результаты представлиются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ.

Комплекс психолого-диагностических методик применялся для обследования детей в группе, первое обследование проводилось до лечения, первые три дня после даты заезда в послеобеденное время, второе обследование проводилось после проведенного курса санаторно-курортного лечения, за два дня до отъезда детей домой, в послеобеденное время. Тест-карта и текст опросника раздавались для каждого ребенка в отдельности. При первом обследовании полученные значения опросника считались исходными и сравнивались со значениями второго обследования. Оценка полученных результатов тестирования проводилась при помощи универсальной психодиагностической системы «Deep Psychodiagnostic Solver».

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования психологического состояния детей по личностному опроснику Айзенка, показали, что у детей такой фактор как вертированность, изначально - высокий, экстраверсия

встречается у 66,0% детей до начала лечения, и увеличился к его окончанию, встречаясь у 73,1% детей, склонность к экстраверсии до начала лечения встречается у 28,0%, после лечения – у 26,6% детей. Второй фактор нейротизм, характеризующий степень эмоциональной устойчивости, адаптивность к окружающим условиям, тревожность, уровень самоуважения и возможные вегетативные расстройства. При поступлении наблюдается изначально высокая степень эмоциональной неустойчивости у - 33,3% детей, средняя степень встречается у 38,0% детей, а низкая степень эмоциональной устойчивости встречается у 28,5% детей. После лечения отмечается смещение фактора нейротизма на 26,0% с высокой степенью эмоциональной неустойчивости, наблюдаемой уже - у 6,6% детей, к средней - 53,3% и низкой степеням эмоциональной неустойчивости – 40,0% детей.

Таким образом, психологическое состояние детей, по данным личностного опросника Айзенка, при поступлении, характеризуется сочетанием высокой экстраверсии и высоким нейротизмом. После проведенного курса санаторно-курортного лечения 81,9% детей покидают группу детей с высокой эмоциональной неустойчивостью (высокий нейротизм) и переходят в группы с высокими степенями эмоциональной устойчивости и хорошей адаптивности (низкий нейротизм). В группах сохраняется высокая экстраверсия.

Оценка состояния тревожности по методике «шкала явной тревожности» для детей (CMAS) показала, что до лечения отмечается распределение признаков тревожности с преобладанием умеренного уровня тревожности - 47,6% детей, низкий уровень тревожности наблюдался - у 42,8% детей, высокий уровень тревожности наблюдался у 9,5% детей, что находится в границах среднего показатель в популяции (9-13%).

После проведенного лечения, в группе наблюдается, при изначально высоком проценте детей с низким уровнем тревожности, незначительное смещение признаков тревожности в сторону низкого уровня тревожности на 3,8%. Уровень низкой тревожности определяется у 46,6% детей, такое смещение происходит за счет умеренной тревожности, уровень высокой тревоги снизился до 6,6%детей.

Таким образом, после проведенного лечения по результатам опросника CMAS у девочек наблюдается снижение фобической симптоматики и снижение тревожности на 3,8%.

Для изучения целостной картины психического функционирования в ограниченный промежуток времени применен «тест дифференцированной самооценки функционального состояния» (ТДСФС). Факторным методом построения шкал с помощью самооценки изучались такие психические состояния, как «утомляемость», «интерес», «эмоциональный тонус», «раздражительность», «комфортность», каждое психическое состояние оценивается как низкое, средне или высокое.

Субъективно свое состояние дети оценивали как благоприятное. При обследовании до лечения по шкале «утомляемость» большинство детей оценивают свое состояние как среднее - 52,3% детей и 33,0% - как низкая «утомляемость». При обследовании после лечения наблюдается смещение на 6,7% в сторону детей отмечающих низкую «утомляемость» - 40,0% детей, 60,0% - средняя утомляемость, высокая «утомляемость» отсутствует.

При обследовании до лечения по шкале «интерес» процент детей оценивающих свое состояние как высокий «интерес» преобладали, составляя - 52,4%. При обследовании после лечения наблюдается смещение на 20,9% в сторону детей отмечающих высокий «интерес» - 73,3% детей.

При обследовании до лечения отмечается высокий «эмоциональный тонус» - у 76% детей. После лечения сохраняются показатели высокого эмоциональный тонус - у 93,3% детей, положительная динамика составляет - 17,3%.

При исследовании показателей по шкале «раздражительность» до лечения отмечается низкая раздражительность у 47,6%, средняя - у 52,4%, высокая «раздражительность» отсутствует. При обследовании после лечения происходит перераспределение процента детей в сторону низкой «раздражительность» - у 66,6% детей, средняя - у 33%, высокая раздражительность не наблюдается.

При обследовании до лечения отмечается наибольший процент детей, оценивающих свое состояние, как высокое по шкале «комфортность» - 66,6% детей. После проведенного лечения процент детей, оценивающих свое состояние как высокое по шкале «комфортность» возрос до - 73,3%.

Таким образом, после проведенного курса санаторно-курортного лечения у детей отмечается общая тенденция к улучшению эмоционального состояния, снижению уровня по шкалам «Утомляемость», «Раздражительность», повышение по шкалам «Интерес», «Эмоциональный тонус», «Комфортность», опросника ТДСФС.

Дополнительно проводилась оценка качества жизни по опроснику SF-36 (диаграмма 1, табл. 1). Оценивая средние показатели группы при поступлении, отмечается, что все показатели качества жизни находятся в зоне от 60 до 79,7 %, минимальное значение 62,33±16,25 %, по шкале GH – оценка общего состояния здоровья, максимальное значение 79,73±16,46 % по шкале SF - социальное функционирование.

После проведенного санаторно-курортного лечения отмечается, все показатели качества жизни перемещаются в диапазон от 71 до 84 %. Положительная динамика заметна по всем шкалам: PF (способность к физической нагрузке) с 71,4±17,7 до 72,6±18,8%; RP (влияние физического состояния на ролевое функционирование) с 63,09±21,9 до 71,66±27,3%; BP (болевой синдром) с 73,4±17,6 до 84±10%; GH (общее состояние здоровья) с 62,33±16,25 до 66,4±19,8%; VT (физическая активность, энергичность) с 68,57±11,83 до 75,66±10,13%; SF (социальное функционирование) с 79,73±16,46 до 84,1±13,32%; RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование) с 69,74±20,16 до 77,7±20,7%; MH (психическое здоровье) с 70,09±11,9 до 72±16%.

Диаграмма 1

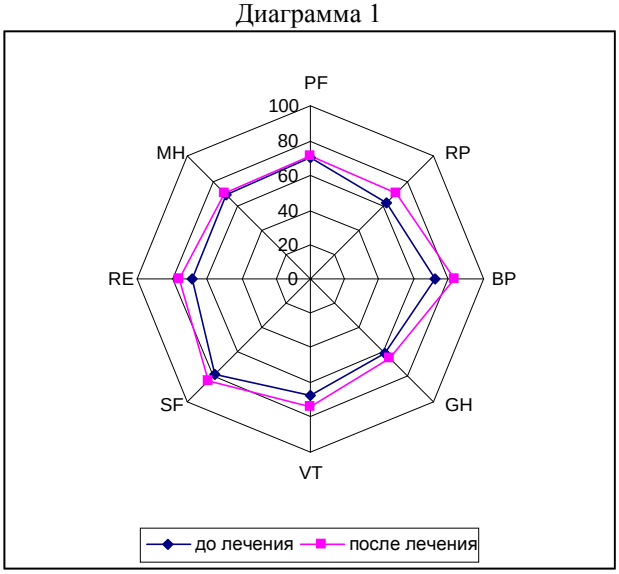

Таблица 1. *Динамика показателей качества жизни у обследованных детей до и после санаторно-курортного лечения (SF-36, %)*

Шкалы		Исследования				
		До лечения		После лечения		Изменения
		%	σ	%	σ	%
PF	0-60	28,5	15,7	20	12,2	-8
	60-80	33,3	3,9	33,3	5	-
	80-100	38	5,9	46,6	6,3	8
RP	0-60	47,6	17,4	40	20	-7,6
	60-80	33,3	0	13,3	0	-20
	80-100	19	0	46,6	0	27,6
BP	0-60	19	12,7	0	0	-19
	60-80	33,3	5,6	40	4,8	6,7
	80-100	47,6	9	60	9	12,4
GH	0-60	42,8	10,3	40	9,3	-2,8
	60-80	38	6,5	26,6	7,8	-11,4
	80-100	19	7,6	33,3	5,4	14,3
VT	0-60	23,8	2,2	6,6	0	-17,2
	60-80	52,3	5,5	53,3	5,8	1
	80-100	23,8	10,9	40	9,3	16,2
SF	0-60	14,2	0	6,6	0	-7,6
	60-80	33,3	6,7	20	7,3	-13,3
	80-100	52,3	6,3	73,3	6,5	21
RE	0-60	19	16,6	6,6	0	-12,4
	60-80	47,6	0,25	46,6	0	-1
	80-100	33,3	0	46,6	0	13,3
MH	0-60	9,5	22	20	12,2	10,5
	60-80	57,1	5,8	33,3	5,3	-23
	80-100	33,3	7,6	46,6	8,5	13,3

При оценке динамики изменения КЖ по диапазонам от 0-60 до 80-100%, заметна общая тенденция смещения процента детей от низких к высоким диапазонам. Наибольший процент изменения наблюдается по шкалам RP (влияние физического состояния на ролевое функционирование) 27,6% и SF (социальное функционирование) 21%, следующим в порядке убывания BP (болевой синдром) 19%, VT (физическая активность, энергичность) 16,2%, GH (общее состояние здоровья) 14,3%, RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование) 13,3%, PF (способность к физической нагрузке) 8%. При общей положительной динамики изменения по всем шкалам опросника КЖ SF -36, изменения по шкале MH (психическое здоровье) наименее значительны, что связано с перераспределением процента детей от диапазона 60-80, как в сторону с низких, так и в сторону высоких диапазонов.

Выводы. На основании полученных среднестатистических данных оценки психоэмоционального состояния, стандартными методиками: личностный опросник Айзенка (детский вариант) (JEPI), шкала явной тревожности для детей (CMAS) (адаптация А.М. Прихожан), оценка психических процессов по методике «тест дифференцированной самооценки функционального состояния» (ТДСФС). Можно сделать вывод, что санаторно-курортное лечение

способствовало формированию положительной динамики изменения психоэмоционального состояния, снижению уровня по шкалам «Утомляемость», «Раздражительность», повышение по характеристикам «Интерес», «Эмоциональный тонус», «Комфортность», опросника ТДСФС. При оценке средних показателей качества жизни (опросник SF-36) установлено, что при поступлении в санаторий у детей наблюдаются умеренные показатели по всем шкалам в диапазоне 60-79,7%. После проведенного лечения отмечается положительная динамика, все показатели качества жизни перемещаются в диапазон от 71 до 84 %. Особого внимания требует процент детей сохраняющих высокий нейротизм, тревожность и динамику к низким показателям шкалы МН (психическое здоровье).

Литература.

Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. // Словарь-справочник по психологической диагностике. - К.: 1989. - С. 127, 157, 108.
Дерманова И.Б. Шкала явной тревожности CMAS (адаптация А.М.Прихожан) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. - СПб. - 2002. - С. 0-64.
Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.Т., Шарай В.Б. Тест дифференцировнанной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. – 1973. - №6. – С. 18-23.
Дроздова И.В., Лысунец Е.М., Мороз С.М. Личностные особенности больных с оперированными врожденными пороками сердца // Международный медицинский журнал. – 2010. - № 4. - С. 8-10.
Карелина А.А. Психологические тест. - М.: Владос. - 2001. – С. 47-67.
Нагорная Н.В., Седнев В.В., Дубовая А.В. Оценка качества жизни пациентов в терапевтической и педиатрической практике врача (обзор литературы) // Современная педиатрия. - 2005. - № 3(8). - С. 169-173.
Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в педиатрии. - М.: Издание Российской академии естественных наук, 2008. - 104с.
Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - СПб.: Нева, М.: ОЛМА-ПРЕСС. - 2002. - 321с.
Раянова Р.Р., Психосоматические особенности детей с врожденными пороками сердца: Автореф. дис. канд. мед. наук.- М., 2000. - 24 с.
Тагварелия Ю.В. Сравнительный анализ поведенческих установок у детей, страдающих врожденными пороками сердца // Псих. расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 2. - №4. - С. 46-51.

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Л.В. Елисеева
ГУ «НИИ детской курортологии и физиотерапии», Евпатория, Республика Крым

Врождённые пороки сердца (ВПС) – одна из самых распространённых врождённых аномалий у детей, по частоте встречаемости она занимает третье место после врождённой патологии опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы (Больбот Ю.К., 2011, Кривопустов С.П., Волосовец А.П., 2011, 2012;). Ежегодно рождается 5,5-6,0 тыс. детей с ВПС, что делает данную патологию актуальнейшей проблемой охраны здоровья детского населения. Для достижения оптимальных результатов восстановительного лечения и реабилитации пациентов в послеоперационном периоде, наиболее физиологически адекватным этапом, способствующим улучшению регуляторных процессов сердечной деятельности, кардиогемодинамики является санаторный этап как в местных, так и на известных климато-бальнеологических курортах Украины.

Целью данной работы явилось проведение анализа количества детей с ВПС и эффективности их санаторно-курортного лечения, находившихся в санатории в период с 2005 по 2009 гг. Так, на базе детского клинического специализированного кардиоревматологического санатория «Юбилейный» МЗ Украины получили лечение 345 детей, прооперированных по поводу различных ВПС в возрасте от 7 до 16 лет (в том числе 57,8% девочек и 42,2% - мальчиков) из разных областей Украины. По анамнестическим данным, оперативное вмешательство на сердце дети перенесли в разные возрастные периоды: до года и в 1 год – 31,1% наблюдаемых детей, в возрасте от 2-х до 5 лет – 39,6% детей, в 6 лет и старше - у 29,3% детей. Послеоперационный период на момент поступления в санаторий у 1,0% детей был до года, у 41,4% - от 1 года до 5 лет, и у 57,6% наблюдаемых – 6 лет и более. Наиболее часто эти дети были оперированы по поводу: дефекта межжелудочковой перегородки (31,1%), дефекта межпредсердной перегородки (26,7%), открытого артериального протока (9,9%), стеноза легочной артерии (6,9%), тетрады Фалло (6,1%), коарктации аорты (5,2%). Сочетанные ВПС имели 8,4% детей. При поступлении дети чаще всего предъявляли жалобы астеноневротического характера - 45% (на головные боли, повышенную утомляемость, нарушение сна). Колющие боли в области сердца отмечались у 33,8% исследуемых, артралгии (чаще в коленных суставах) - у 13,8% детей. Явления декомпенсации в виде незначительной одышки при нагрузке имели место в 6,3% случаев. При осмотре бледность кожных покровов определена у 18,1% детей, систолический шум выслушивался практически у всех детей, но с разным характером и продолжительностью. По данным электрокардиографии у 94,4% детей установлены изменения электрофизиологических показателей, в том числе нарушение ритма сердечной деятельности регистрировали у 9,3%, проводимости – у 20,9% и трофики – у 3,7% наблюдаемых. Чаще отмечали наличие сочетанных изменений: нарушение ритма сердечной деятельности и процессов проводимости регистрировали в 26,7%случаев, нарушение автоматизма, процессов проводимости и трофики в 30,7% случаев. Санаторно-курортное лечение предусматривало климатолечение, соблюдение двигательного режима, санацию очагов хронической

инфекции верхних дыхательных путей, которое все дети перенесли хорошо и выписаны из санатория без ухудшения основных исследуемых показателей..
Однако роль курортного этапа и разработка оптимально-дифференцированных и индивидуализированных реабилитационных комплексов для детей с разными ВПС остаются недостаточно изученными. Остаются открытыми вопросы преемственности сроков направления, а также разработки эффективных методик санаторно-курортного лечения таких пациентов (особенно с нарушением кровообращения), что является ближайшей задачей наших дальнейших исследований.

ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Ю.В. Елисеева, Е.Н. Дубровина
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава РФ, Саратов, Россия

Здоровье подростков – один из важнейших показателей, определяющих экономический, интеллектуальный и культурный потенциал страны, а также ее национальную безопасность. Вместе с тем, известно, что подростки являются одной из наиболее уязвимых групп населения, что связано не только с биологическими особенностями развивающегося организма, повышенной чувствительностью к влиянию факторов окружающей среды, но и ограниченными знаниями профессиональной жизни, отсутствием у них необходимых навыков, опыта в практике безопасного и здорового труда (Иванов В.Ю., 2012).
Цель работы заключалась в изучении влияния факторов учебно-производственного процесса на состояние здоровья и процессы адаптации учащихся, обучающихся в Саратовских государственных образовательных учреждениях с учетом специфики профессионального обучения.
В задачи исследований входило: провести гигиеническую оценку условий учебно-производственной процесса учащихся; проанализировать заболеваемость обучающихся в государственных образовательных учреждениях с учетом специфики профессионального обучения; исследовать адаптационные возможности основных систем организма в процессе адаптации к новым условиям учебно-производственной деятельности.
В основу работы были положены исследования, проводимые методом естественного гигиенического эксперимента с 2010 г. в учебно-профессиональных училищах г. Саратова (Профессиональное училище №39, Саратовский колледж кулинарного искусства, ГОУ начального профессионального образования профессиональный лицей №35). **Обследуемые** подростки в возрасте 15-18 лет были сформированы в группы по 100 человек. Все учащиеся обучались по одинаковым учебным федеральным образовательным стандартным программам. Вместе с тем, составляющая техническая образовательная часть в исследуемых коллективах, в зависимости от специфики производства, значительно различалась. Гигиеническая оценка организации и условий теоретического и производственного обучения подростков, осваивающих профессии в профтехучилищах, проводилась в соответствии с СанПиН 2.4.3.1186-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации учебно-производственного процесса в образовательных учреждениях начального профессионального образования», включала изучение факторов производственной среды, описание технологических процессов на рабочих местах, характеристику производственных операций. Использовались традиционные в гигиене методы, приборы, аккредитованные испытательной лабораторией.
В результате проведенных исследований было установлено, что неблагоприятные условия производственного обучения в профтехучилищах, сложные процессы адаптации вызывают высокий уровень отклонений в состоянии здоровья подростков и способствуют развитию целого ряда заболеваний, специфика которых обусловлена воздействием факторов производственной среды. Расчет величин относительного риска (RR) и этиологической доли (EF) позволил установить степень причинно-следственной связи нарушений здоровья подростков, осваивающих различные профессиональные навыки. При этом, к концу производственного обучения, в сравниваемых группах подростков определялись преимущественно «средняя» и «высокая» степени риска формирования офтальмопатологии (RR=1,53 – 1,51; EF=34,6 – 33,8%), болезней системы кровообращения (RR=1,55 – 1,52; EF=35,5 – 34,2%), болезней ЛОР-органов и органов дыхания (RR=2,07 – 2,15; EF=51,7 – 53,5%), патологии пищеварительной системы (RR=2,18 – 2,26; EF=54,4 – 55,8%), болезней костно-мышечной системы (RR=2,02 – 2,13; EF=50,5 – 53,1%).

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРОСТАТОПАТИЕЙ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ПРОЦЕДУР ИМПУЛЬСНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРОСТАТЫ

Ю.М. Есилевский
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Реабилитация больных хронической конгестивной простатопатией, несомненно, должна быть патогенетически обоснованной. В свете этого, актуальна задача повышения резервных возможностей функции органа, что традиционно достигается «тренирующими» воздействиями на него. Нами предлагается так называемая «пассивная гимнастика простаты» (ПГП) с помощью физиотерапевтических воздействий ректальным доступом. Эти воздействия заключаются в импульсной электростимуляции токами низкой частоты. Последние генерируются аппаратом импульсной флюктуирующей стимуляции (ИФС), прототип которого был создан в 1994 году. В настоящее время этот

аппарат нами усовершенствован (Патент на Полезную модель № 128110/ 06.12.2012 «Устройство для электротерапии»). В данном «Устройстве…» частота следования импульсов выходного тока изменяется по случайному закону в режиме «белого шума» возле среднего значения, вносит хаотичность в стимулирующие воздействия, что уменьшает привыкание организма к воздействию тока. Трансректальное воздействие электроимпульсами низкой частоты приводит к ответным сокращениям мышечных структур простаты, семенных пузырьков и задней уретры, что является, по сути, пассивной гимнастикой, увеличивающей резервные возможности органа, стимулирующей кровообращение и трофику этой зоны. Проводят 15-20 процедур ежедневно или через день по 8-15 мин воздействия на 1 сеанс. Эффективность процедуры и курса в целом контролируется за счет исследования кровообращения предстательной железы с помощью эндоректальной ультразвуковой допплерографии. Для съема допплерографической информации используется тот же самый ректальный биполярный лечебный электрод. Нами предложено «Устройство (Электрод) для лечения простатопатии» (Патент на Полезную модель № 92778/ 24.11.2009), соединяющее возможности допплерографической диагностики и электролечения заболеваний простаты. Фактически созданы предпосылки для «мониторирования» кровообращения простаты, для определения показаний и режимов воздействий, для оценки их результатов (Патент на изобретение № 2428223/ 24.11.2009 «Способ лечения простатопатии и устройство для его осуществления»). При этом процедура электростимуляции выступает в качестве «нагрузочной пробы» на сосудистое русло простатической зоны. Данное воздействие в комплексе с этиотропным лекарственным лечением значительно улучшает общие результаты реабилитации и прогноз заболевания.

МЕСТО БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ ВИРИЛИС В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Ю.М. Есилевский
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Актуальность. В проблеме качества жизни значительное место занимает состояние сексуальной функции. Популярность парафармацевтиков в мире обусловлена мнением о меньшей вредности по причине природного происхождения и многовековой истории применения, аккумулирующей «народную мудрость».

Экстракт кордицепса китайского (нитей китайского шелкопряда) входит в виде основной части в состав препаратов Вирилис (240 мг) и Маджик-стафф форте (180 мг). Кроме того, в состав препарата вирилис входят экстракты: ягод дерезы варварской (тибетской) – 85 мг, семян бусенника обыкновенного – 60 мг и пчелиного маточного молочка (королевского желе) – 15 мг.

Цель. Определить влияние приема препарата Вирилис на скорость кровотока в сосудах мужской половой системы, тем самым обосновать его применение у больных эректильной дисфункцией и хроническим простатитом (1). Оценить эффективность и безопасность препарата, предложить алгоритм его длительного применения.

Материал и методы. Исследована группа из 30 больных с диагнозом эректильная дисфункция в сочетании с хроническим простатитом. Проводили УЗДГ глубоких артерий пениса, сосудов простаты (левой, правой долей и парауретральной зоны) и яичковых артерий в области семенных канатиков до и через 1 час после приема исследуемого препарата (2). Вычисляли коэффициент увеличения максимальной скорости кровотока в исследованных сосудах, а затем интегральный показатель увеличения кровотока в мужских половых органах (3). После проведения пробы пациенту назначали препарат Вирилис по 1 капсуле с интервалом 2 дня в течение 1 месяца. Затем осуществляли заключительное УЗДГ исследование с аналогичными измерениями и вычислениями.

Результаты. Клиническая оценка. После приема первой (тестирующей) дозы препарата у 4 больных наблюдались нежелательные явления в виде головной боли, покраснения лица, заложенности носа. Справедливости ради следует отметить, что эти явления наблюдались, как правило, в ответ именно на первую дозу, были не выражены, ни в одном случае не помешали сексуальному поведению и не послужили поводом для прекращения применения. При систематическом применении средства «Вирилис» по 1 капсуле 1 раз в 3 дня этих нежелательных явлений не было. Препарат хорошо переносился пациентами, эффект сохранялся, а действие его было более мягким, чем при приеме известных ингибиторов ФДЭ-5. Сумма баллов по анкете МКФ возросла с 19,2 до 26,7.

Количественная УЗДГ оценка. Положительная реакция со стороны кровотока полового члена после приема препарата вирилис наблюдалась у 26 пациентов при тестировании и у 17 - при месячном применении. Со стороны кровоснабжения предстательной железы положительная реакция после приема препарата вирилис наблюдалась у 25 больных при тестировании и у 18 - при месячном применении. Со стороны кровотока тестикул при тестировании отчетливое усиление кровотока по яичковым артериям наблюдалась у 14 (почти у половины) больных и при месячном применении - у 17 человек.

После перорального введения препарата скорость кровотока в сосудах мужских половых органов изменялась следующим образом. Vmax см/с в глубоких артериях пениса увеличилась с 12,48 ± 1,45 до 16,67 ± 1,43, $p \leq 0{,}048$, т.е. на 33,6%. В сосудах простаты Vmax увеличилась с 9,23 ± 0,53 до 12,11 ± 0,65, $p \leq 0{,}002$, т.е. на 31,2%. В яичковых артериях Vmax увеличилась только у половины больных с 12,79 ± 1,62 до 17,15 ± 1,30, $p \leq 0{,}02$, т.е. на 43,2%. Интегральный показатель кровоснабжения мужских половых органов увеличился на 20%. Показатели тонуса и периферического сопротивления (S/D, PI, IR) сосудов мужских половых органов увеличивались в виде статистически не достоверных тенденций.

Далее, больные принимали препарат вирилис в течение 5 недель по 1 капсуле 1 раз в 3 дня (12 капсул = 3 упаковки). Vmax см/с в половом члене увеличилась с 11,69 ± 1,48 до 16,39 ± 1,58, $p \leq 0{,}04$, т.е. на 40,2%. В простате Vmax возрос с 9,41 ± 0,57 до 12,34 ± 0,70, $p \leq 0{,}003$, т.е. на 31,1%. В яичковых артериях - с 13,87 ± 1,34 до 17,1 ± 1,51 $p \leq$

0,08, т.е. на 23,7%. Интегральный показатель после лечения увеличился в среднем на 27,9%. Анализ этих результатов свидетельствует о преимуществе регулярного длительного приема данного парафармацевтического средства.

Обсуждение. Получен сверхсуммарный эффект от применения препарата вирилис, который заключался: а) в улучшении кровоснабжения и функции простаты, б) в улучшении васкулогенной составляющей эрекции, в) в улучшении психологической составляющей копулятивной функции («развязка» между приемом лекарства и выполнением полового акта, предотвращение «синдрома ожидания неудачи = синдрома экзамена») (4).

В результате этой работы мы пришли к заключению, что данные парафармацевтические средства (5) должны применяться не только «по потребности», то есть перед половым сношением, но и для систематического (длительного) применения как средство лечения хронической простатопатии, часто сопровождающейся элементами ЭД. Поскольку эффект сохраняется до 3 суток, рекомендуется прием 1 капсулы препарата 1 раз в 2-3 дня.

Результаты тестирования по нашей методике позволяют осуществить оптимальный выбор терапевтического препарата (учитывая индивидуальность реакций = персонифицированный подбор) и обсуждать дифференциальный генез (васкулогенный, психогенный) эректильной дисфункции. Особенностью нашей работы является: обращение внимания на кровоснабжение всех органов мужской половой системы, что не требует проведения исследования во время эрекции. Определяется только гемодинамическая готовность к эрекции.

Заключение. Препараты, содержащие экстракт кордицепса китайского оказывают несомненное влияние на увеличение кровоснабжения органов мужской половой системы (не только пениса, но и простаты, и тестикул). Это обосновывает их применение у пациентов с эректильной дисфункцией, сочетающейся с хроническим простатитом. Их действие на организм более мягкое по сравнению с синтезированными ингибиторами ФДЭ-5 и характеризуется меньшим количеством нежелательных явлений. Вместе с тем влияние парафармацевтиков на пациентов остается сугубо индивидуальным, что побуждает предлагать предварительное фармако-УЗДГ тестирование перед назначением выбираемого препарата. Иными словами, это позволяет персонифицировать подбор препарата и обсуждать дифференциальный генез (васкулогенный, психогенный) эректильной дисфункции.

Литература.

Есилевский Ю.М. Новые подходы к диагностике и лечению простатопатий. Биомедицинская радиоэлектроника. 2001. № 5-6. С. 40 – 52.

Аляев Ю.Г., Ронкин М.А., Есилевский Ю.М., Жученко Т.Д., Демидко Ю.Л., Крупинов Г.Е., Щербанина В.Ю. Системный подход к изучению действия препарата левитра у больных хроническим простатитом и эректильной дисфункцией. – Урология, 2005, 2, с. 53 – 60.

Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Есилевский Ю.М., Камалов А.А., Демидко Ю.Л., Фиев Д.Н. Выбор препаратов ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа для лечения больных эректильной дисфункцией и хроническим простатитом. – Сеченовский Вестник. 2013. № 2 (12). С. 33 – 40.

Есилевский Ю.М., Аляев Ю.Г., Крупинов Г.Е., Жученко Т.Д., Ахвледиани Н.Д. Левитра в лечении больных хроническим простатитом, ассоциированным с сексуальной дисфункцией. – Урология. 2006. № 6, с. 18 – 22.

Есилевский Ю.М., Фиев Д.Н. Влияние приема БАД Magic Staff на кровообращение половых органов больных хроническим простатитом. – Медицинский Вестник Башкортостана. 2009. № 2, С. 44 – 48.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОСЕТЕЙ В ЭНДОЭКОЛОГИИ

В.М.Еськов, А.А.Хадарцев, О.Е.Филатова, В.В.Еськов

ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Медицинский институт, Тула, Россия

Определено существенное положение: число исходных состояний в фиксированный момент времени и траекторий динамики поведения параметров функциональных систем организма (ФСО) может быть бесконечным, но на выходе системы мы получаем определённый (положительный) эффект, который обеспечивает полезный и оптимальный для организма результат – нормогенез (гомеостаз), что доказывается теорией хаоса-самоорганизации (ТХС).

Рассматривая работу аналогов мозга – нейроэмуляторов, выделяется особенность в работе мозга: число афферентных или эфферентных связей велико, они все находятся в постоянном (хаотическом) изменении (но в пределах некоторых границ). В нейросетях мозга мы наблюдаем различные реверберации (в гиппокампе, в других нейросетевых структурах возбуждение повторяется и циклы возбуждения могут происходить многократно). Таким образом, имеется неопределенность, хаос (на входе и выходе), реверберации, некоторая определённость, порядок на выходе.

Модели таких сложных систем с особыми свойствами мы создали в режиме трёх подходов: детерминистском (на основе компартментно-кластерного подхода и компартментных моделей), стохастическом (на основе нейроэмуляторов с элементами хаоса на входе) и в режиме явного хаоса, который за счёт механизмов самоорганизации переходит в порядок в виде квазиаттракторов.

Объект и методы исследования. Использована стандартная программа нейрокомпьютинга, авторская программа расчета квазиаттракторов. Рассчитаны веса wij признаков xi для m=15 компонент xi (координат ВСС) при сравнении группы из 19-ти человек по физиологическим параметрам до начала работы в ночную смену и после работы в ночную смену.

Полученные результаты. В настоящей работе представлено решение такой сложной задачи на базе использования нейроэмуляторов. При этом доказывается, что их разовое применение демонстрирует хаотическую динамику поведения значений весов диагностических признаков, что ставит под сомнение все результаты использования

нейроэмуляторов в биологии и медицине при однократных попытках идентификации параметров порядка (главных диагностических признаков).

Использование нейроэмуляторов при решении задачи бинарной классификации в физиологии являлось до настоящего времени продуктивным способом быстрой диагностики существенных (или несущественных) различий при оценке действия многообразных, в том числе и лечебных, факторов на исследуемый биологический объект. При воздействии неблагоприятных факторов среды на ФСО, нейроэмулятор однозначно может определять различие между состоянием группы обследуемых до воздействия и после.

Однако, вслед за выявлением наличия существенных различий между двумя состояниями ФСО (в момент времени t1 – до воздействия, и t2 – после воздействия) возникает проблема выявления параметров порядка, как наиболее важных диагностических признаков xr (r=1,…,k, где k<m). В физиологии человека в качестве xi могут выступать параметры функциональных систем организма, например, параметры сердечно-сосудистой системы, или нервно-мышечной системы, или психофизиологических функций испытуемых.

Ординаты xi для каждого ряда – общий набор всех рядов представляет m-мерную размерность (m=15) всего фазового пространства состояний – представляют величины wij весовых коэффициентов для каждого j-го цикла (из общего числа циклов p=50), причем начальные веса wi0 укладываются в интервале $w \in (0, 1)$. Каждая колонка для каждого признака xi представляет величину каждого j-го значения выходного весового коэффициента wij на j-ой (j=1,…, 50) итерации для l-го набора итераций (l=1, 2,…, N). Осуществляется j-я настройка искусственной нейронной сети каждый раз для нового, хаотического набора весовых признаков wi0. Таким образом, повторяя решение каждой задачи бинарной классификации p=50 раз, мы каждый раз получаем свое значение wij (i=1,.., 15) для соответствующей задачи бинарной классификации. Существенно, что при каждом повторении настройки нейронной сети мы получаем различные значения каждого wij на каждой j-ой настройке (итерации) и совпадения этих весов wij (i-й номер координаты и j-я итерация) – никогда не наблюдается даже для N=106 (мы делали миллион итераций). Тем более, если мы используем только одну или две итерации (j=1, 2), как это обычно делалось ранее. При этом мы получали единичное (разовое) распределение выходных весов признаков, которые не обладают информацией.

Осуществив многократное повторение ($p \to \infty$) данной процедуры, для каждого xi после j-го повторения мы можем получить общее число хаотической генерации значений весовых коэффициентов wij.

Для каждой такой процедуры на выходе каждый раз мы получаем один и тот же общий результат в виде дифференцировки 2-х выборок (искусственные нейронные сети, как и биологические, реализуют задачу бинарной классификации), но в каждый момент времени величины весов признаков wij, т.е. внутренней структуры нейронной сети, будут различными.

В этом хаосе поведения ФСО раскрывается механизм работы (в нашем случае это нейроэмулятор, а в природе – ФСО с параметрами xi) системы «чёрный ящик» – его структура и внутренние функции никогда не будут определены, т.к. он представляет из себя хаотический объект с самоорганизацией и любое конкретное состояние (т.е. wij) неповторимо в принципе, оно не имеет информационного значения (это составляет основу базового 2-го постулата ТХС).

Мы проделывали сотни и тысячи повторов и всегда получали другую структуру внутренней организации нейроэмулятора на каждой итерации. Аналогично работает и мозг человека: при повторах входного образа (одинаковой входной информации) мы будем получать на выходе одинаковый результат (узнавание образа, воспроизведение текста и т.д.), но внутреннее состояние нейросети мозга будет всегда различным. Ранее отсутствовал формальный аппарат для описания таких хаотических (по своим функциям) сложных биосистем. Сейчас такой аппарат мы создали в виде ТХС, когда хаотически изменяющиеся xi и wij можно оценивать параметрами квазиаттракторов.

Выявление существенной или несущественной значимости признаков xi при сравнении двух состояний экосистем (до воздействия или после) целесообразно выполнять при числе итераций нейроэмулятора с хаотическим набором исходных весов признаков на интервале (0, 1) не менее p=1000.

Заключение. Нейроэмуляторы нецелесообразно использовать для решения задачи выбора параметров порядка (главных диагностических признаков xi) при анализе компонент вектора состояния экологической системы, если процедура идентификации производится однократно. Точность идентификации параметров порядка на базе нейросетевых технологий возрастает с ростом числа итераций. Ограничения на порядок числа итераций должны определяться числом (порядком) совпадающих цифр в значениях весов признаков wij для каждого i-го компонента вектора состояния системы, где i=1,…,m, m – размерность фазового пространства, в котором движется вектор состояния экосистемы. Экосистемы изменяются непрерывно, но они повторяют свои состояния в многообразии и тем самым задают правильные вектора своего развития (эволюции).

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ГОРОДА ЧЕБОКСАРЫ

Н.Х. Жамлиханов, З.А. Григорьева, Г.Д. Сугутская

Бюджетное учреждение Чувашской Республики «Городская детская больница № 4» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, Чебоксары, Республика Чувашия

Цель. Выявить факторы риска нарушения психического здоровья у детей младших классов.

Задачи. 1. Провести анализ результатов профилактических медицинских осмотров, выявить факторы риска у школьников по функциональному нарушению психического здоровья. 2. Провести оценку состояния психического здоровья школьников. 3. Разработка профилактических и коррекционных мероприятий в период обучения.

Методы. Для оценки состояния органов и систем проведено углубленное обследование по общепринятому алгоритму 45074 школьников (22691 мальчиков, 22383 девочек) 63 общеобразовательных школ города Чебоксары. Для выявления функциональных нарушений психического здоровья субклинического (донозологического уровня) изучение проводилось в МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 61» г. Чебоксары сообщим количеством учащихся 1670 чел. Проводился: анкетный опрос родителей и учащихся – 696 школьников, 379 мальчиков, 317 девочек; личные беседы с учащимися; индивидуальное консультирование. Проводился: анкетный опрос родителей и учащихся – 696 школьников, 379 мальчиков, 317 девочек, личные беседы с учащимися, индивидуальное консультирование.

Результаты. Распространенность заболеваний среди школьников начальных классов составляет 1211,5‰, у учащихся пятых - восьмых классов увеличивается до 1739,9‰, у девятых – одиннадцатых классов - до 1862,6‰. В структуре функциональных заболеваний у школьников начальных классов заболевания нервной системы занимают 7 место, в старших классах пятое место. Повышенные показатели отмечаются у мальчиков 39,4‰, у девочек 31,9‰. Среди донозологических форм нарушений психического здоровья у школьников начального звена преобладают неврозы и неврозоподобные состояния, у учащихся среднего и старшего звена – патохарактерологические реакции, преимущественно у мальчиков. По определенным критериям (учебная и социальная дезадаптации, девиантные формы поведения, патохарактерологические или сильно выраженные специфические реакции) выявлены группы риска учащихся в начальных классах – 9,6%, в средних классах – 12,5%, в старших классах - 14,2%. Из группы риска учащихся начальных классов сформированы коррекционно-развивающие группы для занятий психологом.

Выводы: 1. Заболевания нервной системы преобладают у мальчиков, в структуре функциональные нарушения нервной системы занимают 6 ранговое место, а хронические – 7 ранговое место. 2. Среди донозологических форм нарушений психического здоровья у школьников начального звена преобладают неврозы и неврозоподобные состояния, у учащихся среднего и старшего звена – патохарактерологические реакции. 3. Из группы риска учащихся по функциональным нарушениям психического здоровья в начальных классах сформированы коррекционно-развивающие группы для занятий психологом. 4. В целях профилактики психических нарушений необходимо использование здоровьесберегающих технологий в первых классах.

ПЕРСПЕКТИВЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ОЦЕНКИ УРОВНЯ КРОВОСНАБЖЕНИЯ МИОКАРДА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Т.С. Жарикова

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. В мире отмечается высокий уровень заболеваемости, инвалидизации и смертности населения от болезней сердца и сосудов, в связи с чем в течение многих лет сердечно-сосудистые заболевания, по мнению ВОЗ, являются важной медико-социальной проблемой. По данным Главной Федеральной службы статистики, в России кардиоваскулярные заболевания входит в тройку основных причин смертности населения наряду с новообразованиями и внешними причинами смерти. Летальность от кардиоваскулярной патологии в России в 2013 г. составила 708,0 на 100 тыс. населения. Наиболее распространены и опасны ишемическая болезнь сердца и хроническая сердечная недостаточность.

Наблюдается отсутствие единой универсальной классификации, позволяющей оценить тип организации сосудистой сети и интенсивность кровоснабжения миокарда. Из этого следует отсутствие единства взглядов на оценку коронарного русла и множество критериев отбора пациентов, что не позволяет формировать группы больных, объективно выбирать для них методы лечения, а также сравнивать и анализировать результаты лечения в различных лечебных учреждениях.

Цель и задачи работы. Оценить возможность использования законов гидродинамики в пористых средах применительно к гемодинамике в миокарде, что позволит оптимизировать распределение больных на группы для объективизации выбора тактики и методов лечения, оценки эффективности терапии и реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Планируется создание математической модели гемодинамики миокарда на основе аналогового подхода и сравнения с пористыми средами, описываемыми в геологии. Использование такой модели обеспечит достоверность, точность и сравнимость результатов.

Результаты. Современная медицина придерживается принципов доказательности, что подразумевает использование законов физики, химии и, следовательно, формирование математической модели. Нами отмечено сходство ткани миокарда с пористой средой, движение жидкости (крови) в которой подчиняется законам физики и может математически объективно оценена. В этой модели стенка сердца, по аналогии с пористой средой в геологии, характеризуется неоднородной системой первичных пор, трещин, каналов и каверн, которые могут быть описаны как функционирующие и нефункционирующие артериоло-венулярные анастомозы и капилляры миокарда. Поровые пространства мы предлагаем сравнивать с капиллярами. Емкость и фильтрация в пористой среде зависят от структуры порового пространства между зернами породы, а среды являются индивидуальными, что также позволяет проследить

аналогию с сердечной мышцей, имеющей различную толщину и индивидуальные особенности расположения питающих ее сосудов у каждого человека. В пористых средах имеются тупиковые поры, которые в нашем случае можно сравнить с нефункционирующими капиллярами.

Выводы. Мы полагаем возможным использовать сходство структуры мышечной ткани сердца и пористых сред, гидродинамика в которых хорошо изучена. Аналоговое использование законов гидродинамики в пористых средах для описания гемодинамики в миокарде позволит объективно оценить уровень кровоснабжения сердечной мышцы, математически точно выполнить распределение больных в зависимости от степени выраженности патологии на группы, требующие определенной лечебной тактики. Данный объективный подход позволит контролировать эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий у кардиологических больных, оценить степень изменений состояния пациента после проведенного лечения, без которого невозможно сделать вывод об его эффективности.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

А.И. Зарянкина, Л.В. Кривицкая

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Ведущей фигурой в организации амбулаторной помощи детям является участковый врач-педиатр детской поликлиники, он осуществляет динамическое наблюдение за состоянием здоровья, физическим и нервно-психическим развитием детей; занимается профилактикой заболеваний, обеспечивает своевременную и качественную диагностику с целью выявления преморбидных состояний, лечение больных детей в поликлинике и на дому, отбор детей, нуждающихся в лечении у врачей «узких» специальностей, разрабатывает индивидуальный прививочный календарь для недоношенных детей.

Цель. Провести оценку диспансерного наблюдения недоношенных детей на амбулаторном этапе.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ медицинской документации 25 недоношенных детей, находящихся под наблюдением в детской поликлинике города Гомеля. Были проанализированы истории развития ребенка (Ф-112/у) и карты диспансерного наблюдения (Ф-30/у) на педиатрических участках, взятые путем случайной выборки.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 25 недоношенных новорожденных преимущественное большинство составляли девочки – 18 (72%), мальчиков было 7 (28%). 6 детей (24%) – из двоен, 4 (16%) – дети-инвалиды. 9 детей (36%) родились в сроке гестации 26-29 недель, 10 детей (40%) – 30-33 недели, 6 детей (24%) – 34-36 недель. 7 детей (28%) на момент рождения имели массу тела до 1000г, 6 детей (24%) – 1000-1500г, 3 детей (12%) – 1500-2000г, 9 детей (36%) родились с массой тела 2000-2500г.

Наиболее часто преждевременные роды обусловлены заболеваниями матери, осложнениями беременности, отягощенным акушерским анамнезом. Результаты исследования показали, что матери (22 женщины) имели соматические заболевания (хронический пиелонефрит и ВСД по смешанному типу – 13,6%, анемию – 36,4%), урогенитальные инфекции (уреоплазмоз – 27,3%, кольпит – 40,9%), отягощенный акушерский анамнез (истмико-цервикальная недостаточность – 9,1%, угрозу прерывания – 54,5%), перенесенные во время беременности ОРИ наблюдались в 50%, 8 женщин (36,4%) курили во время беременности.

На соматическое, физическое, нервно-психическое здоровье детей большое влияние оказывает характер вскармливания ребенка на первом году жизни. Первые 3 месяца на естественном вскармливании находились 10 детей (40%), до 6 месяцев – 1 ребенок (4%), до 1 года – 5 детей (20%), искусственное вскармливание с рождения получали 9 детей (36%).

Морфологическая незрелость недоношенного ребенка предрасполагает к повышенной заболеваемости таких детей. Наиболее часто на первом году недоношенные дети болели ОРИ – 32 эпизода (30,8%), анемия наблюдалась у 18 детей (72%), рахит – у 5 (20%), атопический дерматит – у 4 (16%), острый гастроэнтероколит перенесли 7 детей (28%).

При четкой и правильной организации индивидуального ухода и воспитания многие недоношенные быстро догоняют в физическом, психомоторном развитии здоровых детей, родившихся в срок, и в дальнейшем ничем от них не отличаются. При рождении 19 детей имели II группу здоровья, 6 детей – III. В возрасте 1 года 7 детей имели I группу здоровья, 9 – II, 5 детей – III и 4 детям была установлена инвалидность по следующим нозологиям: ДЦП – 2 чел., ВПС, оперированный ДМПП – 1 чел., адреногенитальный синдром, сольтеряющая форма – 1 чел.

Выводы. Существенное значение в формировании морфологической незрелости недоношенных детей имеет патологическое течение беременности и родов у матерей. В связи с этим с целью повышения эффективности амбулаторно-поликлинической помощи недоношенным детям целесообразным является улучшение преемственности в работе с женской консультацией.

Мультидисциплинарный подход к оказанию медицинской помощи недоношенным детям включает необходимость динамического наблюдения участкового педиатра за физическим, психомоторным развитием детей, коррекцию питания с учетом морфофункциональной незрелости, обратную связь между всеми специалистами: неврологами, кардиологами, окулистами, сурдологами, логопедами и психологами.

Организация системного диспансерного наблюдения за недоношенными детьми в условиях поликлиники позволит в значительной мере снизить заболеваемость и первичную детскую инвалидность.

ЛЕЧЕБНЫЕ ЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ

В.Г.Зилов
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Все большее внимание в последние годы исследователи уделяют электромагнитному излучению человека, получившего название тонкой (subtle) внутренней энергии. Анализ этого излучения способствовал формированию так называемой «вибрационной медицины», рассматривающей человека как «мультипространственный организм, составленный из физико-клеточных систем в динамическом взаимодействии с комплексом регуляторных энергетических полей» (Gerber R.,1988). С энергетическими проявлениями организма тесно связаны информационные процессы, обеспечивающие нормальную жизнедеятельность организма, его функциональных систем по принципу саморегуляции. Не отрицая, что болезнь по своей сути представляет нарушения в структурах и/или функций с характерными признаками патологии на клеточном или молекулярной уровне, ряд авторов рассматривают болезнь с позиции информационных представлений, Болезнь является «информационным беспорядком», «дезорганизацией» (Bellavite P., Signorini A., 1984).

Поэтому наряду с развитием фармакотерапии становятся понятны подходы к лечению с использованием методов преимущественно энергоинформационного характера для более эффективной помощи нуждающимся. К числу этих методов относится рефлексотерапия, нормализующая нарушенный болезнью энергетический обмен и, тем самым, обеспечивающая выздоровление организма. Несмотря на многочисленные спорные представления как о природе энергии, путях и механизмах ее распространения при воздействии на биологически активные точки метод акупунктуры (рефлексотерапии) находит все большее число сторонников в практической медицине. Энергоинформационным лечебным воздействием на организм объясняют высокие потенции (разведения) гомеопатических препаратов. Все больше появляется результатов, что «активность гомеопатического препарата обусловлена возникающим в процессе потенцирования смещением фазы его электромагнитной волны относительно молекул ксенобиотика. Вольтаж электромагнитной волны гомеопатического препарата, смещенный на половину фазы волны ксенобиотика, становится противоположным вольтажу колебаний патогенных молекул, и они начинают погашать друг друга (Комиссаренко А.,2010). Энергоинформационная составляющая является основой метода биорезонансной терапии (БРТ). Обработка поступающих в аппарат БРТ из организма электрических колебаний осуществляется путем инвертирования (изменение фазы на 180) «патологических» составляющих и возвращение их пациенту. В результате этого происходит гашение «патологических» колебаний, тогда как «физиологические» усиливаются и также возвращаются в организм (Готовский М.Ю., 2012).

Привлекая внимание к информационным методом лечения, мы придерживаемся представлений о существовании в организме «триединства» гомеостазиса: «вещества», «энергии» и «информации». Это означает, что в конечном итоге лечебные механизмы акупунктуры, гомеопатии, БРТ, нормализующие нарушенный патологическим процессом внеклеточный матрикс, происходят с обязательным участием не только «энергии», «информации», но и «вещества».

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПО СЛУХУ «Я СЛЫШУ МИР»

О.В. Зонтова
НИИ уха, горла, носа и речи, Санкт-Петербург, Россия

Для активного развития слухового восприятия и устной речи ребенка после проведения операции по кохлеарной имплантации и включения речевого процессора необходимо проведение целенаправленных мероприятий психолого-педагогической реабилитации. Такие реабилитационные мероприятия направлены на обучение ребенка использовать свои новые слуховые ощущения для развития устной речи. Максимальный результат кохлеарная имплантация достигает только в случае своевременной и профессионально проведенной программы комплексной реабилитации. Поэтому первостепенным является увеличение эффективности всех мероприятий реабилитации.

Программа реабилитации детей после кохлеарной имплантации со Смешариками «Я слышу мир» создана для актуализации слухоречевого развития ребенка через его положительную мотивацию к занятиям и интеграцию в окружающий мир. Она базируется на психологической и социальной адаптации ребенка в окружающий мир.

Именно для программы реабилитации «Я слышу мир» был разработан новый персонаж Ушарик. Этот добрый и очаровательный львенок поможет ребенку адаптироваться в окружающем мире, вместе с новым героем Смешариков глухой ребенок научится слушать, понимать и пользоваться устной речью.

Результатом реализации программы реабилитации «Я слышу мир» является социальная адаптация ребенка с нарушенным слухом и интеграция его в слышащее общество, естественное и активное развитие его слухоречевого поведения.

Задачи программы реабилитации «Я слышу мир»:

- создание центров реабилитации «Я слышу мир» в регионах;
- оснащение центров реабилитации «Я слышу мир»;

- обучение специалистов: аудиологов и реабилитологов; Обучение родителей – информационно-просветительские семинары на местах и регулярно он-лайн в Интернете;
- организация комплексного диагностического обследования и отбора кандидатов на кохлеарную имплантацию на местах;
- организация реабилитационных мероприятий для детей с нарушенным слухом и детей после кохлеарной имплантации;
- учет и динамическое наблюдение за пациентами, состоящими на учете в центрах реабилитации «Я слышу мир»;
- диагностика аппаратов, гарантийное и постгарантийное обслуживание и сервис;
- разработка методической базы для повышения качества реабилитации детей с нарушенным слухом;
- методическое и родительское объединение – участников программы реабилитации «Я слышу мир»;
- проведение мероприятий, направленных на привлечение активной государственной помощи для реализации проекта.

Реализация программы “Я слышу мир” должна проходить при поддержке государства. Внедрение, методики реабилитации с использованием узнаваемых и любимых в детской среде персонажей позволит оказать максимально эффективную психолого-педагогическую помощь детям после кохлеарной имплантации в Реабилитационных центрах всех субъектов РФ. Такой подход позволит максимально приблизить реабилитационные службы к пациентам, развить толерантное отношение в обществе к слабослышащим и глухим детям, а этим “особенным” детям стать полноценными членами общества.

ПРАКТИКА РАБОТЫ И ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ УНИВЕРСИТЕТСКОГО САНАТОРИЯ-ПРОФИЛАКТОРИЯ

О.М. Зубова, В.В. Розанов, В.Т. Карташов
МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия
ГБУЗ «Городская поликлиника № 202 ДЗМ», *Москва, Россия*

Принятое Минобрнауки России решение о сохранении деятельности студенческих санаториев-профилакториев в структуре образовательных учреждений позволило в 2003 году возродить 146 студенческих санаториев-профилакториев. С мая 2007 года возобновлена деятельность санатория-профилактория в МГУ имени М.В. Ломоносова. По утвержденному графику осуществляются заезды отдыхающих (50 человек с проживанием, 50 с амбулаторным лечением). Всего 12 заездов по 21 день в год.

Отдыхающие посещают бассейн, расположенный в этом же здании. Питание осуществляется в столовой МГУ. В соответствии с планом развития администрация и персонал санатория профилактория осуществляют комплекс мероприятий, направленных на обеспечение его эффективной работы. Главное - создание уютной, домашней обстановки в Профилактории, комнаты на 1 человека (2 человека в блоке с душем и туалетом), оборудована комната с вай-фаем, в холле кулер для соблюдения питьевого режима. Выдаются лекарственные чаи, сиропы, минеральные воды по показаниям, ежедневные витаминные коктейли. На регулярной основе проводятся семинары по сохранению репродуктивного здоровья. Функционирует физиотерапевтический кабинет («Горный воздух», ингаляции, магнитотерапия, электрофорез, ультразвук, терапевтический лазер и др.). Работает процедурный кабинет с возможностью проведения парентеральных процедур, функционирует дневной стационар. Оборудован кабинет функциональной диагностики (ЭКГ, мониторирование АД И ЭКГ, анализатор состава тела) и зал лечебной физкультуры. В штатном расписании врачи - терапевт, невролог, физиотерапевт, врач ЛФК.

Деятельность Санатория-профилактория осуществляется в постоянном контакте с профсоюзной организацией и целым рядом подразделений МГУ. При активной поддержке факультета психологии функционирует комната психологической разгрузки для групповых аутотренингов, видеорелаксации с аромотерапией. Проводится групповая и индивидуальная психотерапия, цель которых – облегчение процесса адаптации студентов в университете и повышение уровня психического и физического здоровья. Студенты и аспиранты участвуют в опросах отдыхающих. Организован просмотр фильмов с последующим совместным обсуждением (с элементами психологической поддержки). Сотрудники Ботанического сада МГУ помогают в создании дополнительного озеленения и фито-дизайна Профилактория. Холлы оборудованы стендами и предоставленными Ботсадом деревьями и горшечными цветами. Профилакторий работает в тесной взаимосвязи с ГБУЗ «Городской Поликлиникой №202 ДЗМ, что обеспечивает преемственность при лечении и профилактике заболеваний. Санаторно-курортные карты оформляются на основании результатов осмотров и диспансеризаций в поликлинике.

Развитие и совершенствование форм оздоровительной и лечебно-профилактической работы сталкивается с рядом трудностей, связанных, например, с отсутствием штатных психологов, затруднениями в финансировании новых оздоровительно-профилактических программ. Главные же системные трудности и проблемы вузовских профилакториев связаны с нерешенностью на федеральном уровне вопроса о медицинском стаже сотрудников санаториев-профилакториев, что наряду с низкой зарплатой затрудняет заполнение штата квалифицированным персоналом.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ СЕАНСОВ БИОУПРАВЛЕНИЯ С ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ ПО КАРДИОРИТМУ

Н.Г. Зуева, А.В. Белов
ФГБУ «НИИ экспериментальной медицины» СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Целью настоящей работы являлось дальнейшее совершенствование методики проведения сеансов адаптивного управления с биологической обратной связью (БОС) по кардиоритму со знакопеременным режимом и разработка методических рекомендаций. Использованный метод был разработан и реализован в серии аппаратно-программных комплексов с системами Кардиотренинг в отделе экологической физиологии НИИЭМ (патенты Суворов Н.Б. и др., 2004-2012). ЭКГ регистрировалась с 2-х рук в течение двух-трех минут в фоне, при стандартной пробе 6 дыхательных циклов в минуту и при проведении сеансов биоуправления. Применялись два варианта кардиотренинга: а) с предъявлением пациенту только собственной кардиоритмограммы (КРГ) с задачей максимально увеличить размах кривой посредством синхронизации с ритмом дыхания, б) с предъявлением кроме собственной КРГ дополнительно целевой синусоиды с заданием совмещения этих двух кривых посредством изменения глубины и частоты дыхания. Процедуры тренинга с БОС по кардиоритму проводились как для восстановительной терапии, так и в качестве дополнительной диагностической пробы (вариант «а») при их первом предъявлении. Процедуры кардиотренинга были проведены у 60 человек в возрасте с 18 до 64 лет (студенты ВУЗов с удовлетворительной и неудовлетворительной адаптивностью; пациенты с нейроциркуляторной астенией, с гипертонической болезнью 1 и 2 стадии). В процессе выполнения работы были предложены, апробированы и положительно оценены следующие методические приемы:

- Непосредственно перед началом процедуры кардиотренинга или пробы 6 дыхательных циклов в минуту попросить пациента кратковременно (4-5 с) задержать дыхание. Это предотвратит возможность резкого сбоя дыхания в начале пробы, которое может привести к дискомфорту и затруднению выполнения пробы.
- Для облегчения выполнения пробы 6 дыхательных циклов в минуту перед ее проведением дать пациенту возможность потренироваться (3-4 дыхательных цикла) под собственный счет – 5 с вдох, 5с – выдох, чтобы он хорошо представлял временной интервал на который он должен растянуть дыхательный цикл.
- Начинать сеанс кардиотренинга надо с варианта «а» с предъявлением одной собственной КРГ и только потом, после того, как пациент сможет удовлетворительно выполнить эту пробу переходить на вариант с целевой синусоидой.
- С целью повышения комфортности лечебных процедур после каждой пробы следует оценивать не только успешность выполнения задания, но и величину изменений средней величины и моды ЧСС относительно фона. При выраженном их приросте желательно снизить нагрузку. При тренинге по варианту «б» скорректировать параметры целевой функции для ее смещения вниз (уменьшение ЧСС).
- Следует учитывать взаимное влияние порядка выполнения проб – проведение пробы 6 дыхательных циклов в минуту облегчает последующую процедуру кардиотренинга. Поэтому для целей диагностики процедура тренинга с БОС по кардиоритму должна предшествовать пробе 6 дыхательных циклов в минуту. При возникновении у пациента затруднений при проведении процедур кардиотренинга с терапевтическими целями, особенно на начальных этапах, возможно чередование этих процедур с проведением пробы 6 в минуту.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ

Т.Р. Зулькарнаев, А.И. Агафонов, Е.А. Поварго, А.Т. Зулькарнаева
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Республика Башкортостан

За последние десятилетия произошли значительные сдвиги в состоянии здоровья детей и подростков, характеризующиеся ростом распространенности функциональных расстройств и хронических болезней, изменением структуры выявляемых нарушений здоровья, ухудшением показателей физического развития и физической подготовленности [3,5]. Одной из причин ухудшения здоровья является недостаточная двигательная активность, отрицательно действующая на функции и структуру многих органов и тканей, приводящая к снижению защитных сил организма и увеличивающая риск возникновения нарушений и формирования патологии. Проблема гиподинамии особенно актуальна для лиц, занимающихся умственным трудом, среди которых необходимо выделить учеников школ и студентов [4].

Цель исследования. Гигиеническая оценка влияния занятий физической культурой и спортом на формирование здоровья школьников и студентов.

Материалы и методы. Объектом изучения явились 957 школьника и 597 студентов. Обследуемые были разделены на 3 группы: 1 группа (контрольная) - не занимающиеся спортом вне школьной или университетской программы; 2 группа - дополнительно самостоятельно занимающиеся физической культурой (бег, ходьба, подвижные игры) и ежедневно делающие утреннюю гимнастику; 3 группа – занимающиеся в различных спортивных кружках и секциях. Характер физической активности и особенности образа жизни изучали методом одномоментного анкетирования.

Исследование антропометрических и функциональных показателей осуществлялось согласно общепринятой унифицированной методике [2,4]. Расчет адаптационного потенциала проводился по формуле: АП=0,011·(ЧП)+0,014·(СД)+0,008·(ДД)+0,009·(М)-0,009·(Р)+0,014·(КВ)-0,27, где АП – адаптационный потенциал; ЧП – частота пульса, уд./мин.; СД – систолическое давление, мм рт.ст.; ДД – диастолическое давление, мм рт.ст.; М – масса тела, кг; Р – рост, см; КВ – возраст, лет [1]. Оценка результатов проведена с использованием шкалы для оценки уровня здоровья школьников и студентов в зависимости от степени адаптации. При изучении состояния здоровья обследуемых определялись заболеваемость и распределение их по группам здоровья.

Результаты и обсуждение. Установлено, что 39,72±2,59% школьников занимаются в спортивных секциях в свободное от учебы время, 17,35±2,88% делают утреннюю гимнастику и имеют дополнительные физические нагрузки (бег, игра в хоккей, футбол и др.). В то же время 42,93±2,39% школьников ограничиваются только занятиями на уроках физической культуры. Среди студентов выявлена сходная картина: 23,45±3,58% участвуют в спортивных секциях, 28,64±3,45% систематически делают утреннюю гимнастику и дополнительно самостоятельно занимаются физически активными видами отдыха, а 47,90±2,95% студентов ограничиваются только обязательными занятиями физической культуры.

При анализе режима дня школьников можно отметить, что школьники 1-й группы, не занимающиеся спортом, тратят свое свободное время на пассивные виды отдыха, в частности, на просмотр телевизионных программ достоверно чаще по сравнению с школьниками 3-й группы (52,77±3,70 и 41,35±3,45% соответственно; $p<0,05$). Доля ежедневно длительно занимающихся на компьютере также выше среди школьников 1-й группы (58,58±3,70 по сравнению с 41,12±3,23%; $p<0,05$). Напротив, прогулки и подвижные игры на открытом воздухе более 3 часов достоверно чаще встречаются среди учащихся 3-й группы в отличие от 1-й группы (23,40±3,57 и 11,15±1,86% соответственно; $p<0,001$). По другим показателям режима дня, таким как продолжительность сна, приготовление домашних заданий, пребывание на открытом воздухе, занятия во внешкольных учреждениях, достоверных различий между изучаемыми группами не выявлено.

Анализ режима дня студентов показал, что студенты 2-й группы, самостоятельно занимающиеся дополнительными видами физической активности, уделяют больше времени подготовке к занятиям в вузе по сравнению с 1-й группой (12,64±2,52 и 1,39±0,69% соответственно; $p<0,001$). Что касается других форм проведения свободного времени, полученные материалы позволяют отметить, что студенты 1-й группы, не занимающиеся спортом, достоверно чаще проводят свободное время за компьютером (36,24±2,84 по сравнению с 17,73±3,22%; $p<0,001$), среди них больше лиц уделяющих на сон более 8 часов (6,97±1,50 по сравнению с 3-й группой 2,13±1,22%; $p<0,05$).

В результате углубленного опроса 3-й группы обследуемых, занимающихся спортом, установлено, что они имеют различную регулярность занятий спортом. Достаточно часто (4 и более раз в неделю) занимаются 29,9±2,28% школьников, остальные по 2-3 раза в неделю. Основной базой для занятий спортом для учащихся средних и старших классов были детско-юношеские спортивные школы, а для младших - платные секции в спортивных клубах. Учитывая, что для объективной оценки уровня двигательной активности большое значение имеет не только регулярность, но также продолжительность занятий спортом, мы провели оценку этого аспекта физической активности. Выяснилось, что длительность тренировок от 1-го до 2-х часов была более характерна для учеников младших классов, чем старших (90,84±2,53 по сравнению с 73,25±5,57%; $p<0,01$). Напротив, тенденция к увеличению продолжительности тренировок (более 2 часов в день) отмечена среди старшеклассников (26,7±4,77 по сравнению с 5,6±1,93% в младших классах). Что касается общего стажа занятий спортом, то многие школьники имеют достаточно большой (2 года и более) срок занятий спортом. Это достоверно чаще характерно для учащихся старших, чем младших классов (75,58±5,45 по сравнению с 57,74±5,32%; $p<0,05$). Установлено, что с возрастом происходит улучшение спортивных результатов. Так, среди старшеклассников значительно чаще встречаются подростки, имеющие спортивные разряды: среди младших школьников доля не имеющих спортивных разрядов составила 90,84±2,53% в отличие от 77,90±5,06% среди старших школьников ($p<0,05$). При анализе спортивно-тренировочной деятельности студентов мы нашли, что доля юношей, занимающихся спортом 2-3 раза в неделю, была достоверно больше, чем аналогичная доля девушек (84,38±4,54 по сравнению с 67,53±5,34%; $p<0,01$). Заметные различия отмечены и в продолжительности тренировок: число юношей, которые занимаются по 2 часа и более, существенно больше таковых среди девушек (21,88±5,17 и 10,39±3,48% соответственно; $p<0,01$). Квалификация кандидата в мастера спорта (6,25±3,03%) и 1 спортивный разряд (14,06±4,35%) значительно чаще встречались также у юношей (1,30±1,29% и 2,60±1,81% у девушек; $p<0,05$).

Известно, что занятия физической культурой и спортом оказывает существенное влияние на физическое развитие и функциональное состояние организма [4,5]. По нашим данным, гармоничное физическое развитие имеют достоверно больше физически активные дети 2-й и 3-й групп в отличие от контрольной (69,69±4,00 и 73,36±2,21 по сравнению с 50,11±2,41%; $p1\text{-}2<0,001$, $p1\text{-}3<0,001$).

При сравнительном анализе функциональных показателей организма в отдельных группах в зависимости от занятий физической культурой и спортом установлено, что доля школьников со значениями жизненной емкости легких в пределах возрастных норм достоверно больше в 3-й группе (16,45±4,17% по сравнению с 5,55±2,69% в контроле; $p<0,05$). Среди студентов выявлена аналогичная картина: доля студентов 3-й группы с величинами жизненного индекса (отношение жизненной емкости легких к массе тела) в пределах нормы достоверно больше, чем у студентов 1-й группы (63,70±4,13% и 44,25±2,93% соответственно; $p<0,001$).

При оценке силы кисти рук отмечено, что в 1-й группе значительно больше школьников имеют силу кисти ниже среднего, как правой, так левой руки (правая рука - 56,54±2,39 по сравнению 37,87±2,43%; $p<0,001$); (левая рука - 53,73±2,41 по сравнению с 40,90±2,47%; $p<0,001$). А сила выше средних величин значительно чаще встречается у школьников 3-й группы.

Оценка уровня адаптации показала, что доля школьников с удовлетворительной адаптацией достоверно больше в 3-й группе по сравнению с 1-й группой (56,43±2,68 и 45,50±2,52% соответственно; p<0,05). Среди не занимающихся спортом оказалось больше детей с неудовлетворительной адаптацией (15,17±1,82% по сравнению с 9,94±1,62% у занимающихся спортом; p<0,05). Среди студентов статистически достоверных различий по степени адаптации в зависимости от занятий физической культурой и спортом не было выявлено.

Что касается состояние здоровья обследуемых лиц, то достоверно чаще (4 и более раз за год) болели школьники из 1-й группы в отличие от 3-й группы (14,19±1,64 по сравнению с 8,61±1,43%; p<0,05). Такая же ситуация отмечена и среди студенческой молодежи: кратность острых заболеваний за год 4 и более раз выше в 1-й группе по сравнению со 2-й группой (8,09±2,07 и 3,33±1,64% соответственно; p<0,05).

Анализ распределения школьников по группам здоровья показал, что среди учащихся 1-й группы достоверно меньше полностью здоровых детей в отличие от 2-й и 3-й (16,78±1,80% по сравнению с 23,52±3,25% и 23,61±2,12% соответственно; p<0,05). В результате анализа распространенности заболеваний можно было отметить более широкое распространение среди школьников 1-й группы в отличие от остальных групп болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ (319,34±22,50‰ по сравнению с 185,71±32,86‰ 2-я группа и 138,19±17,29‰ 3-я группа; p<0,001), а также болезней глаза и его придаточного аппарата (221,44±20,04 в 3-й группе и 165,82±18,64‰ в контрольной; p<0,05). В то же время болезни костно-мышечной системы значительно преобладали во 2-й и 3-й группах школьников в отличие от контрольной (соответственно 400,00±41,40‰, 361,80±24,08‰ и 270,39±21,44‰; p<0,01). У студентов было выявлено более широкое распространение болезней мочеполовой системы среди не занимающихся спортом (35,21±10,93‰) по сравнению с группой физически активных лиц (7,46±7,43‰; p<0,05).

Выводы.

1. Установлено положительное влияние физически активного отдыха в свободное от учебы время на состояние здоровья, функциональное состояние и адаптационный потенциал организма школьников и студентов.
2. Выявлены возрастно-половые различия по видам и характеру занятий физической культурой и спортом. Продолжительность тренировок и уровень спортивного мастерства выше у юношей по сравнению с девушками. Отмечено увеличение с возрастом кратности и продолжительности тренировок, а также уровня спортивного мастерства у школьников и студентов.
3. Недостаточная физическая активность школьников и студентов, обусловленная длительным пребыванием их у экранов телевизоров и занятиями за компьютером, отрицательно влияет на состояние здоровья, физиологическим и функциональным показателям растущего организма.

Список литературы

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М., 1997.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., ред. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге. М., 1999.
3. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации. Педиатрия. 2012. Том 91. №3. С. 9-14.
4. Геворкаян Э.С., Адамян Ц.И., Минасян С.М., Туманян Г.Г., Ксаджикян Н.Н., Гукасян Л.Э. Влияние физической нагрузки на кардиогемодинамические показатели студентов. Гигиена и санитария. 2008. №3. С.56-9.
5. Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние и прогноз здоровья школьников (итоги 40-летнего наблюдения). Российский педиатрический журнал. 2007. №1. С. 53-57.

ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Т.Р. Зулькарнаев, Е.А. Поварго, А.И. Лукманова, А.И. Агафонов, А.Т. Зулькарнаева
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Республика Башкортостан

Проблема сохранения здоровья студентов становится все более актуальной в современных условиях. Интенсификация процесса обучения в сочетании с изменяющимися экологическими и техногенными факторами внешней среды оказывает неблагоприятное влияние на здоровье студентов [1, 4]. В связи с этим большое значение придается процессам адаптации, то есть повышению резистентности организма, и управлению этими процессами [1, 2]. Адаптация к образовательному процессу в вузе – сложное междисциплинарное динамическое явление. На протяжении всего периода обучения в вузе студент многократно приспосабливается к новым условиям, содержанию, формам, методам обучения, организации своей жизнедеятельности, формированию перспективы своей профессиональной карьеры [3].

Материалы и методы. Объектом изучения явились 1170 студентов, обучающихся на 1 (42,65%), 3 (35,04%) и 6 (22,31%) курсах Башкирского государственного медицинского университета, из них 27,44% составили юноши и 72,56% девушки. Для определения особенностей функционирования системы кровообращения и адаптационных возможностей целостного организма рассчитана величина адаптационного потенциала в условных единицах – баллах. Адаптационный потенциал кровообращения – интегральный критерий, характеризующий соотношение между кардиогемодинамическими и антропометрическими данными рассчитывается с помощью методики, предложенной Баевским Р.М., по следующей формуле: АП (в баллах) = 0,011(ЧСС) + 0,014 (САД) + 0,008 (ДАД) + 0,014 (возраст, годы) + 0,009 (массе тела, кг) – 0,009 (длина тела, см) – 0,27, где: ЧСС – частота сердечных сокращений, мин; САД – систолическое артериальное давление, мм рт.ст.; ДАД – диастолическое артериальное давление, мм рт.ст. При

показателях АП менее 2,10 баллов адаптация считалась удовлетворительной, от 2,11 до 3,20 баллов - напряжение адаптации, от 3,21 до 4,30 неудовлетворительная адаптация и более 4,31 балла – срыв адаптации.

У обследованных нами студентов величина адаптационного потенциала варьировала сравнительно в небольших пределах от 2,06 до 2,36 баллов. Однако были выявлены различия показателя по курсам и полу. Так, у студентов 1 курса он был достоверно выше, чем у студентов 3 и 6 курса и составил 2,20±0,01 баллов против 2,07±0,01 на 3 курсе и 2,08±0,01 баллов на 6 курсе ($p<0,001$). Причем у юношей 1 курса показатели выше, чем у девушек (2,36±0,03 и 2,13±0,02 баллов соответственно, $p<0,001$). Такая же картина наблюдается и среди шестикурсников: у юношей адаптационный потенциал выше (2,13±0,03 б.), чем у девушек 2,06±0,02 б. ($p<0,05$).

При оценке распределения студентов по степени адаптации установлено, что доля студентов с удовлетворительной адаптацией составила 47,01±2,13%, а с напряжением адаптации 52,31±2,02%. Доля студентов с неудовлетворительной адаптацией была незначительной - 0,68±2,91%.

Выяснилось, что доля юношей с удовлетворительной адаптацией достоверно меньше, чем аналогичная доля девушек (32,40±4,59% по сравнению с 52,53±2,36%, $p<0,001$). Среди юношей оказалась значительно больше доля студентов с напряжением адаптации (67,29±3,19% по сравнению с 46,64±2,51% среди девушек, $p<0,001$).

Согласно полученным данным доля студентов с удовлетворительной адаптацией достоверно увеличивается от 1 к 3 курсу (с 36,87±2,16% до 54,39±3,39% на 3-м ($p<0,01$)). Соответственно уменьшается число студентов с напряжением адаптации (табл. 3). В то же время на 3 и 6 курсах распределение студентов по степени адаптации практически не отличается. Возможно, это связано со становлением процессов адаптации у студентов на средних и старших курсах обучения. На 1 курсе доля юношей с удовлетворительной адаптацией (18,75±7,13%) достоверно ниже по сравнению с долей девушек (45,43±4,01%, $p<0,01$) и, соответственно, среди юношей оказалась выше доля с напряжением адаптации (80,63±3,48% по сравнению с 54,98±3,67% среди девушек, $p<0,001$). На 3 и 6 курсе достоверные различия в распределении юношей и девушек в зависимости от уровня адаптации уже не были характерны.

Выводы.

1. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии существенных различий в уровне адаптации у студентов. У первокурсников величина адаптационного потенциала достоверно выше, чем у студентов 3 и 6 курса, т.е. для них были характерны явления напряжения адаптации.
2. Доля студентов с удовлетворительной адаптацией достоверно увеличивается от 1 к 3 курсу.
3. Установлена зависимость степени адаптации от пола: среди юношей доля лиц с удовлетворительной адаптацией достоверно ниже, чем соответствующая доля у девушек.

Литература.

1. Агаджанян Н.А., ред. Здоровье студентов. М.: Изд. РУДН, 1983.
2. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М., 1997.
3. Миннибаев Т.Ш., Мельниченко П.И., Архангельский В.И., Прохоров Н.И., Тимошенко К.Т., Гончарова Г.А. Социально-гигиеническая и психолого-педагогическая адаптация студентов. Гигиена и санитария. 2012. №1. С.48-50.
4. Сахарова О.Б., Кику П.Ф., Горборукова Т.В. Влияние социально-гигиенических факторов образа жизни на состояние здоровья студентов. Гигиена и санитария. 2012. №3. С.54-8.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЭГ-БОС-ТЕРАПИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

О.И. Иващенко, В.Л. Минутко
Клиника «Психическое Здоровье», Москва, Россия

Разработка новых эффективных нелекарственных методов терапии психических расстройств представляет собой все более актуальную и насущную проблему современного здравоохранения. Одним из наиболее перспективных научных направлений решения этой задачи является такая область прикладной психофизиологии как биоадаптивное управление или метод биологической обратной связи (БОС), позволяющий осуществлять коррекцию отклоняющихся от норм психофизиологических показателей, например, электроэнцефалограммы (ЭЭГ), через механизм инструментального обусловливания. Так, для коррекции депрессивных состояний, как реактивного, так и эндогенного генеза, применяются ЭЭГ-БОС-протоколы, позволяющие нормализовать механизмы межполушарного взаимодействия в контроле эмоционального реагирования – согласно данным большого числа научных исследований нарушение межполушарного баланса за счет гипоактивации фронтальных и префронтальных областей левого полушария (усиление альфа-ритма) связано с усилением отрицательно-эмоциональных, депрессивных состояний. Нормализация межполушарного градиента с помощью БОС-терапии приводит к улучшению клинических показателей у лиц с депрессией. Согласно данным ряда опубликованных метаанализов большого массива публикаций по терапевтическому применению БОС-метода можно говорить о доказанных эффектах БОС-терапии в отношении таких расстройств, как синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), эпилепсия, гипертония.

Однако более широкое внедрение в медицинскую практику методов БОС-терапии сдерживается недостаточностью доказательной научной базы, что обусловлено целым рядом объективных факторов. Одним из путей укрепления доказательной базы БОС-терапии является, на наш взгляд, разработка проблемы повышения эффективности процедур БОС-терапии, что позволит снизить объемы курсовой БОС-терапии, необходимые для достижения целевых клинических и инструментальных критериев, а следовательно, и доступность этой терапии.

В работе представлены предварительные результаты сравнения эффективности БОС-терапии в отношении величины альфа-ритма по показателям спектральной мощности и абсолютного индекса в двух группах лиц с наличием депрессивного расстройства неэндогенного характера, сопоставимых как по возрастным, так и по гендерным характеристикам. Первая группа – 9 человек (средний возраст – 39 лет, женщин - 5, мужчин - 4), вторая группа – 5 человек (средний возраст – 36 лет, женщин - 2, мужчин - 3). Всем пациентам (14 человек) по медицинским показаниям назначалась курсовая БОС-терапия для нормализации межполушарного градиента спектральной мощности (СМ) и абсолютного индекса (АИ) альфа-ритма во фронтальных отведениях. Для этого использовали либо протокол понижения показателей СМ и АИ в монополярном отведении F3-A1 по системе 10-20%, либо протокол снижения межполушарной разницы показателей СМ и АИ в биполярном отведении F3-F4. В первой группе проводилась только БОС-терапия. Во второй группе каждому сеансу БОС-терапии предшествовал сеанс транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) дорсо-латеральной префронтальной области коры левого полушария (поля 9, 46 по Бродману), являющейся, по имеющимся научным данным, ключевым звеном нейронной системы головного мозга, обеспечивающей нормальное эмоциональное функционирование. БОС-терапию проводили на приборе Энцефалан фирмы Медиком-МТД (Таганрог), ТМС-терапию проводили с помощью магнитного стимулятора Нейро МС/Д исследовательский фирмы Нейрософт (Иваново).
С помощью параметрической статистики (критерий Т-Стьюдента) анализировали межгрупповые различия в величине и скорости курсовой динамики возникновения изменений в СМ- и АИ-показателях альфа-ритма. Было выявлено, что в первой группе самое раннее значимое снижение показателей альфа-ритма наблюдалось после 13-го сеанса БОС-терапии, тогда как во второй группе аналогичное достоверное снижение альфа-показателей имело место уже после 7 сеансов. В то же время, достоверных различий в степени снижения показателей альфа-ритма в обеих клинических не выявлено. В целом, полученные нами данные могут свидетельствовать о возможной «фасилитации» терапевтического эффекта БОС-терапии в отношении клинической депрессии транскраниальной магнитной стимуляцией «проблемных» областей коры головного мозга. Приводит ли данное «ускорение» положительной динамики ЭЭГ-показателей к ускорению клинической динамики при БОС-терапии депрессии, должны показать дальнейшие исследования.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Е.П. Измайлов, Д.Г. Богуславский, И.П. Буханов, О.Ю. Аршлутова
ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, Самара, Россия
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия

Лечение больных с острым панкреатитом сопровождается летальностью, доходящей до 32-54%, которая во многом обусловлена осложнениями в послеоперационном периоде и выраженной интоксикацией (Бисенков Л.И. с соавт., 2002; Савельев В.С., 2005; Белоконев В.И. с соавт., 2008; Глабай В.П. с соавт., 2008). Способы консервативного лечения острого панкреатита хорошо известны, однако применение физиотерапевтических методов в лечении острого панкреатита нуждается в клинической апробации.
Цель исследования. Оценить результаты консервативного лечения острого панкреатита с применением физиотерапевтических методов и внутриорганного гальванического электрофореза.
Проведено лечение 60 больных с острым панкреатитом - мужчин было 55, женщин – 5. Возраст больных колебался от 23 до 71года - у 21 (35%) пациентов - до 35 лет, у 35 (58,3%) - от 35 до 60 лет, у 4 (6,7%) – старше 60 лет. Обследование и лечение пациентов проводили в соответствие со стандартами оказания экстренной помощи пациентам с острым панкреатитом. В диагностике острого панкреатита наиболее часто использовали данные клинической картины, лабораторного исследования – амилазу крови, лейкоциты крови, данные ультразвукового исследования поджелудочной железы. Все больные были разделены на 2 группы.
В основной группе у 30 пациентов был применен разработанный нами способ консервативного лечения острого панкреатита с использованием физиотерапевтических методов лечения. Сущность данного способа заключалась в дозированном применении охлажденной негазированной столовой содово-щелочной воды, охлаждении живота, производстве новокаиновых блокад круглой связки печении в сочетании с проведением внутриорганного гальванического электрофореза с 2% раствором йодистого калия и 2% раствором новокаина.
В контрольной группе у 30 больных применяли традиционные методы консервативного лечения без использования физиотерапевтических методов. По тяжести состояния и характеру патологического процесса группы больных были сопоставимы. Эффективность метода лечения острого панкреатита оценивали по распределению больных в процессе их лечения по группам тяжести течения заболевания и срокам стационарного лечения.
Результаты. Летальных исходов в обеих группах не было. В основной группе наблюдалось 11 (36,7%) пациентов с легким течением острого панкреатита, 13 (43,3%) - со среднетяжелым течением, 6 (20%) с тяжелым течением. Больные с легким течением острого панкреатита в среднем лечились 5,5±2,7 дней, со среднетяжелым течением – 11,4±3,96 дней, с тяжелым течением – 29,6±12,6 дней. В контрольной группе наблюдалось 6 (20%) пациентов с легким течением острого панкреатита, 16 (53,3%) – со среднетяжелым течением, 8 (26,7%) - с тяжелым течением. Больные с легким течением острого панкреатита в среднем лечились 5,6±2,6 дней, со среднетяжелым течением – 12±4,9 дней, с тяжелым течением – 24,6±22,3 дней. В основной группе наблюдалось на 6,7% больше пациентов с легким и со среднетяжелым течением заболевания, на 6,7% меньше пациентов с тяжелым течением по сравнению с

контрольной группой. Достоверных отличий в длительности пребывания больных в стационаре в основной и в контрольной группах не выявлено (Р ≥0,05).

Выводы. Таким образом, разработанный способ лечения больных с острым панкреатитом с применением физиотерапевтических методов позволил уменьшить число пациентов с тяжелым течением на 6,7% и увеличить число больных с легким и среднетяжелым течением заболевания – на 6,7%.

САКРАЛЬНАЯ АРОМАТЕРАПИЯ И ЛИТО-АРОМАТЕРАПИЯ КАК МЕТОДЫ СИСТЕМНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ

Д.Е. Ирисов
Центр Ароматерапии «ИРИС», Москва, Россия

В статье проводится концептуальный анализ развития направления ароматерапии на основе научных фактов и исторических данных. Рассмотрена история возникновения направления ароматерапии на заре человеческой цивилизации, дальнейшая эволюция знаний и методов ароматерапии, их распространение в различных сферах жизнедеятельности человека с доисторических времен по н.в. На основе анализа и информационного синтеза введено понятие сакральной ароматерапии как многомерной технологии для исцеления и гармонизации человека на физическом, энергетическом и духовном уровнях.

Ароматерапия, как любое становящееся популярным направление, постепенно обрастает своими легендами и мифами. Эти легенды переходят из одних информационных источников в другие, тиражируются средствами массовой информации, что приводит в итоге к потере истинного смысла и ключевых понятий и, когда дело касается средств и способов лечения, чревато более серьезными последствиями. В мировой и российской литературе и интернете эти мифы на данный момент представлены довольно широко и, пожалуй, одним из самых фундаментальный таких мифов является сложившаяся история об изначальном происхождении ароматерапии и дальнейшее развитие направления в различных его проявлениях как в медицинских, эстетических и бьют-направлениях, так и – как это принято сейчас говорить – других «нетрадиционных» направлениях, связанных с тонкими энергетическими структурами и духовными измерениями.

Современный термин «ароматерапия» – неологизм, он не встречается ни в одном из толковых словарей русского языка. В БСЭ можно найти следующее: «Ароматические растения: эфирномасличные растения с более или менее сильным запахом, возникающим вследствие содержания в отдельных органах (цветки, семена, плоды, листья и др.) или во всём растении эфирного масла».

Ароматерапия – разновидность альтернативной медицины, в которой используется воздействие на организм летучих ароматических веществ, получаемых преимущественно из растений.

Для того чтобы понять, что собой представляет направление «ароматерапия» на самом деле, каково ее происхождение, назначение, место в цивилизации человека и исторический путь развития, стоит вернуться к самым древним информационным источникам – доисторическим летописям: «эпосам» и священным текстам, трудам античных ученых – философов и врачевателей, проанализировать материалы и находки археологов и антропологов занимавшихся изысканиями на территориях Древнего Шумера, Ассирии, Вавилона, Египта, Эгейской и ранней Европейской цивилизаций.

Необходимо отметить, что современный термин «ароматерапия» сформировался гораздо позднее и впервые упоминался в конце XIX – начале XX века как результат исследований в областях медицины, биофизики, где отмечались особые полезные свойства натуральных ароматических эссенций в профилактике и лечении различных заболеваний, имеющих вирусную и бактериологическую природу, в их уникальных качествах по коррекции и гармонизации состояний нервной системы и психоэмоциональной сферы человека.

В древние эпохи, до введения этого термина ароматерапия являла собой некий комплекс знаний и технологий о производстве и использовании натуральных цветочных эликсиров (или эфирных эссенций). Эти знания использовались в самых различных сферах деятельности общества в течение многих тысячелетий.

Сферы использования натуральных ароматических эссенций из растений:

Религиозные обряды, ритуалы обращения и поклонения Богам, процессы посвящения и инициации.

Парфюмерия – изготовление ароматических эссенций, духов для эстетического удовольствия.

Косметология – использование различных составов для красоты, улучшения состояния кожи, омоложения.

Лечение, профилактика болезней.

Ароматизация пищи, вина для увеличения срока годности, улучшения вкусовых свойств.

Бальзамирование тел.

Принадлежность к высшему слою общества, предмет роскоши.

Платёжное средство при расчетах.

В результате многолетних научных изысканий, анализа исторических документов, встреч, общения и обмена опытом с потомственными носителями знаний в области производства эфирных масел, специалистами в области древних сакральных знаний стран Европы, Востока, Азии автором была сформирована своя, особая система работы с эфирными маслами также принципы составления специальных формул и составов по изначальным, древним рецептам.

Целью этой работы являлась задача создания методик и особых составов для практической работы с тонкой энергетикой человека — энергетическими центрами (чакрами), тонкими энергетическими телами, а также с внешним

пространством событий в различных аспектах жизнедеятельности человека – по принципам, сформированным древними мастерами Шумера, Египта, Индии и средневековыми европейскими традициями алхимии.
Результатом работы явились авторские методики и группы продуктов, предназначенные для работы с внутренним и внешним энергопространством человека, составы для гармонизации, чистки, усиления энергетики человека, особая методика «Лито-Ароматерапия» для комплексного лечения и гармонизации, методика и составы для гармонизации жизненных аспектов «Сакральная Ароматерапия».
Каждая группа продуктов представлена семью особыми формулами, авторской системой работы, методическими указаниями.
Комплексная методика энергоинформационного лечения «Лито-Ароматерапия» успешно внедряется и дополняет программы салонов красоты, СПА-клиник, эзотерических и биоэнергетических центров по всей территории России. Внедренная в комплекс услуг Клиники Ароматерапии в Москве, методика» Лито-Ароматерапия» в течение последних 4 лет помогла более сотни пациентов избавиться от целого ряда проблем со здоровьем и обрести новое качество и тонус жизни. Среди таких случаев — хронические и сложно поддающиеся классическому лечению заболевания: проблемы обмена веществ, нарушения работы внутренних органов, аллергии, запущенные проблемы мочеполовой сферы, хронически ослабленный иммунитет, хронические депрессивные состояния, упадок жизненный сил и потеря интереса к жизни, истеричные и шизофренические состояния. Причем в большинстве случаев происходит не временное улучшение и подавление симптомов, а именно исцеление, за счет устранения проблемы на информационном, энергетическом и как следствие коррекции физического уровня. Методика «Лито-Ароматерапия» не заменяет и не противопоставляет себе методы классической и холистической медицины, но успешно дополняет их, усиливает их эффективность.
Особыми и поистине уникальными продуктами являются формулы серии «Сакральная Ароматерапия». Созданные по канонам эзотерических традиций Шумера и Египта, формулы позволяют на энергоинформационном уровне корректировать и гармонизировать события и взаимоотношения людей в различных сферах жизни: внутри семейных отношений, учебы и коммерческой деятельности, контактов и взаимоотношений на деловых и социальных уровнях, аспектов личной жизни и чувственного потенциала, реализации проектов и планов, вопросов управления, энергоинформационной защиты здоровья, интересов и имущества.
Научный и аналитический подход к древним знаниям и сакрально-эзотерическим традициям позволяет получать реальные результаты и доказанный практический эффект от использования формул «Сакральная Ароматерапия» в обычной повседневной жизни современными светскими людьми без какой-либо их особой ориентации в эзотерико-оккультную область.
Для глубокого понимания механизмов действия формул и системного подхода в работе с ними очень важной является информационное сопровождение, проведение лекционной и методологической работы с клиентами, что в течение многих лет осуществляется на базе МИПА, по всей территории России.
В заключение необходимо подчеркнуть, что выше описанные продукты и методики являются результатами многолетней научно-аналитической, экспериментальной и прикладной работы с реальными пациентами и клиентами, но прежде всего эта работа основывается на глубоко профессиональном подходе к самой теме ароматерапии, исключительно высоком качестве используемых эфирных масел и колоссальной проделанной научной работе специалистов Центра Ароматерапии «ИРИС» и Международного института профессиональной ароматерапии.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АРОМАТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА. АРОМАДИАГНОСТИКА®

О.А. Ирисова
Международный Институт Профессиональной Ароматерапии (МИПА), Москва, Россия
Центр Ароматерапии «ИРИС», клиника Ароматерапии, Москва, Россия

Профессиональное направление в Ароматерапии, основателем и лидером которого до сих пор является ЦА ИРИС, за 20 лет существования компании пополнилось многими направлениями.
Самой первой возникла Эстетическая Ароматерапия, отвечающая за создание и производство профессиональной косметики и косметики для домашнего ухода.
Далее появилась Клиническая Ароматерапия®, отвечающая за создание ароматерапевтических препаратов для лечения. Наиболее важно было усовершенствовать процесс дистилляции, поэтому возник авторский заказ на производство 100% натуральных эфирных масел с BioACP® компонентами масел для Ароматерапии. Параллельно проводились научные работы по исследованию воздействия ароматерапевтических препаратов на организм человека. Таким образом, возникла необходимость создания Международного Институт Профессиональной Ароматерапии (МИПА) и специализированной Клиники Ароматерапии.
В рамках этой работы выделились и систематизировались следующие направления: Эстетическая и Клиническая Ароматерапия, Аромапсихология®, Аромадизайн® (Аромабрендинг® и Аромамаркетинг®). Все термины имеют авторское происхождение и в последнее время для многих стали народными. За 20 лет работы родились новые, не имеющие аналогов технологии в рамках концепции здоровья и красоты: Аромапилинг®, Ароматестирование®, Аромадиагностика®, ряд мануальных техник: Абдоминальная пластика с коррекцией внутренних органов,

Безоперационная блефаропластика и круговая подтяжка лица®, Аромалимфосанация®, Ароматерапевтический лимфодренаж®.
А также уникальные авторские комплексные программы в рамках концепции «Душа – Лицо – Тело» для медицинских и эстетических учреждений, санаториев и SPA.
Таким образом, к 2014 году в России существует, не имеющая аналогов профессиональная база ароматерапии, включающая производство, научно-исследовательскую, лечебную и учебную базы.
Методы Ароматестирования® и Аромадиагностики® (BioACP-Диагностика®) были разработаны мною в 1994 году. С тех пор и по сегодняшний день методы продолжают постоянно совершенствоваться.
В том числе и благодаря совместной работе с производителями эфирных масел по совершенствованию процессов дистилляции с целью получения все новых компонентов растений для медицинской практики.
В процессе 20-летнего клинического опыта я постоянно наблюдала и анализировала механизмы взаимодействия обоняния человека с основными компонентами обмена веществ растений (BioACP®), и сделала выводы об их общности и тонком взаимодействии. В результате был создан и отработан метод идентификации этих компонентов с обонятельными рецепторами организма человека – Аромадиагностика®. В классической физиологии этот тип взаимодействия называется рецепторным. Иначе можно сказать, что рецептор подходит к одоранту (пахучее вещество), как ключ к замку. В процессе эволюции, в организме были отшлифованы те обонятельные рецепторы, которые подходили к компонентам растительного и животного мира, с целью оптимального поддержания собственной жизнедеятельности (один из механизмов адаптации). В свою очередь, одоранты при взаимодействии с рецепторами обоняния постоянно совершенствовали свое многообразие, выполняя при этом свое эволюционное предназначение. Таким образом, узнавая (по запаху и степени вибрации) вещество, человек практически сам отбирает компоненты, которые необходимы ему для поддержания своей жизнедеятельности (гомеостаза). Выбранные им вещества можно охарактеризовать как вещества, являющиеся частью его обмена веществ. Через обонятельные рецепторы необходимая информация в доли секунды поступает в гипоталамус, который управляет всеми функциями организма, взаимодействуя с окружающей средой и адаптируя его функции к окружающей среде (осуществляя гомеостаз).
Из этого следует, что в основе описанного мною механизма взаимодействия обонятельного рецептора и одоранта лежит «Принцип Одобрения». Этот принцип был взят за основу при создании моей теории под названием Аромадиагностика®.
Хочется подчеркнуть еще один важный момент. Объективность Аромадиагностики® напрямую связана с количественным и качественным составом BioACP® эфирных масел. По сути дела, Аромадиагностика® – это и есть взаимодействие BioACP®-компонентов с рецепторами человека. Только непременное наличие этих компонентов в составе эфирных масел в неизменном природном состоянии позволяет провести ее профессионально, в соответствие с авторской концепцией. Совершенно непозволительно дискредитировать метод Аромадиагностики® путем использования масел любых других фирм, кроме эфирных масел ЦА «ИРИС», качественный и количественный состав которых на протяжении 20 лет совершенствовался в рамках BioACP®-компонентов. Также непозволительно использовать авторский материал в публикациях и интернет-пространстве без ссылки на автора, тем более запрещается обучать методу Аромадиагностики® без разрешения автора (без наличия авторской лицензии).
Описание метода.
Авторский метод Аромадиагностики®Ирисовой О.А. состоит из 3 ступеней:
Ароматестирование®.
Экспресс вариант – тестирование с помощью 25 масел, входящие в 4 основные группы. Используется как мониторинг психофизиологического статуса организма.
Ароматестирование®.
Полный вариант – тестирование 85 масел. Используется для тестирования исключительно психосоматического состояния. Целью является создание индивидуальной программы, которая будет оптимизировать состояние нервной системы, психики, сознательного и бессознательного, а также проблемы личности, связанные с существованием в семье и в обществе.
Клиническая Аромадиагностика® (BioACP-диагностика®).
Диагностика с помощью более 100 наименований эфирных масел, позволяющая с высокой точностью определять особенности физического и психоэмоционального состояния человека. Одновременно это единственный на сегодняшний день неинструментальный и неинвазийный метод определения и коррекции состояния гормональной системы. В отличие от множества современных тестовых методик Аромадиагностика® практически исключает погрешности и ошибки в результатах, так как в основе лежат механизмы обоняния классической физиологии.
Обонятельная система — одна из самых древних систем — тысячелетиями служила человеку для выживания и продолжения рода, и в наше время она является одним из самых правдивых источников информации.
В ходе Аромадиагностики® человек знакомится с коллекцией 100% натуральных ароматов (около 100 наименований), и на основании его предпочтений и отрицаний мы получаем информацию о нарушениях в работе различных органов и систем организма, степени устойчивости его нервной системы и уровне психологического здоровья, гормонального обмена, особенности межличностных и социальных взаимодействий человека. В процессе анализа данных Аромадиагностики®, появляется возможность разработать индивидуальную программу коррекции вышеуказанных аспектов, основанную на применении только 100% натуральных ароматерапевтических препаратов.
Аромадиагностика® служит не только источником информации для разработки индивидуальных программ, но и сама является мощной корректирующей и психологически комфортной процедурой. Вдыхание 100% натуральных ароматов запускает механизмы саморегуляции и самовосстановления. (Вспомните Ваше самочувствие после прогулки

в чистом месте на природе, где воздух насыщен натуральными ароматами!) В результате улучшается общее самочувствие и настроение, снимается стресс и внутреннее напряжение, чувствуется прилив сил.
Аромадиагностика® может помочь при разработке программ для повышения сексуальности и восстановления гармоничных отношений в супружеских парах, а также в программах снятия стресса и повышения личной эффективности.
Аромадиагностика® может осуществляться только с эфирными маслами ЦА «ИРИС» (так как, по сути, это и есть BioACP-диагностика®).
Цель Аромадиагностики® – определить и скорректировать нервно-психическое и физическое состояние пациента, определить особенности его генотипа и фенотипа в виде предрасположенности и степени проявления определенных заболеваний, определить особенности гормонального фона и составить индивидуальную программу оздоровления.
Еще раз напоминаем, что эффективность и достоверность Аромадиагностики® зависит полностью от присутствия в составе эфирных масел компонентов, комплементарных организму человека (BioACPIRIS®).
Эфирные масла по психоэмоциональному воздействию делятся на:
Стимуляторы – масла, повышающие умственную и физическую работоспособность, улучшают память и концентрацию внимания, вызывают ощущение прилива энергии, работоспособности, желания действовать.
Релаксанты оказывают расслабляющее действие, успокаивают, снимают тревожность и нервное напряжение, некоторые улучшают засыпание.
Адаптогены позволяют быстро приспособиться к любым изменениям окружающей нас среды, нормализуют работу центральной и периферической нервной системы, обладают антистрессовым действием, регулируют иммунитет.
Эфирные масла воздействуют на обонятельный анализатор, у которого самый краткий путь к ЦНС и самая высокая скорость реагирования. У человека примерно 10 млн обонятельных рецепторов. Самое чувствительное обоняние – у насекомых (улавливают чрезвычайно низкие концентрации феромонов). Это свойство обоняния использовалось в древности (в религиозных обрядах – ладан, при медитации – сандал) и с успехом применяется в настоящее время (например, ладан с левзеей улучшают ведение переговоров).
В оценке психоэмоционального состояния большое значение имеет характеристика отношения человека к восприятию ароматов различных групп, чтобы определить потребность человека в данное время.
Например, цитрусовые масла обладают выраженным тонизирующим действием, гармонизируют нервную систему, поднимают настроение, избавляют от чувства страха.
Служат показателем потребности в общении, умении человека быть в обществе, контактировании с другими людьми, склонности к оптимизму и творчеству. Если человек «одобряет» масло апельсина, это может говорить о сильной нехватке «праздника», радости в его жизни или просто перенапряжении на работе.
Хвойные масла повышают умственный потенциал, дают ясность мышления, мощные адаптогены, успокаивают и поднимают настроение, адаптируют к любым ситуациям. Указывают на внутренний статус человека, его самооценку, потенциальные способности к развитию и самореализации, интеллектуальные возможности, показывают на то, что мы есть и чего мы хотим. При выборе, например, масла можжевельника, можно сказать, что человек запутался в какой-то жизненной ситуации, ему сложно принять правильное решение. Ведь девиз можжевельника – «всегда есть выход», он тонизирует нервную систему, избавляет от чувства страха, устраняет апатию, умственное утомление, проясняет мироощущение, развивает цельность натуры, помогает принять решение, найти выход из сложной ситуации.
Пряные (пищевые) масла наполняют энергией, создают ощущение «насыщенности жизни», стимулируют физические и эмоциональные силы, помогают переключиться на отдых, снимают чувство тревоги, помогают при бессоннице, способствуют ясности мышления. Указывают на энергетический потенциал человека, его материальность, деловитость и жизнестойкость. При выборе масла гвоздики, можно сказать, что человек нуждается в восстановлении организма после умственного и физического переутомления. Ведь гвоздика улучшает память, согревает, укрепляет ауру, снимает потребность работать на «внешних эффектах», усиливает половое влечение, «зажигает кровь и мысли».
Камфорные масла помогают быстро «собраться», укрепляют волю, способствуют концентрации внимания. Например, чайное дерево является «эмоциональным антисептиком» – ликвидирует негативные личностные мотивации, особенно – истерию и панику; «источник интеллектуальной легкости» – устраняет вязкость мышления; способствует восстановлению организма после стрессов, снимает чувство волнения, придает решительность, развивает самостоятельность, способствует концентрации внимания, помогает быстро переключиться на новый вид деятельности.
Культовые масла обладают гармонизирующим действием, характеризуют мировоззрение, характеризуют духовные притязания человека. Указывают на духовную сторону жизни человека. Яркий представитель этой группы — ладан, который называют «мозг неба», – символизирует святость, открывает ЗНАНИЕ, укрепляет ВЕРУ и СИЛЫ, является самым сильным и справедливым средством защиты ауры, возвращает навязанную кем-либо энергию обратно владельцу («каждый получает свое»), оказывает антистрессорное действие, устраняет депрессию, наполняет энергией и поднимает общий тонус, создает чувство благоденствия и покоя, применяется при медитации, нормализует сон, усиливает наслаждение при оргазме.
Женские гормональные масла – участвуют в формировании и раскрытии женского начала раскрывают «женские» качества, корректируют климактерические проявления нормализуют психоэмоциональное состояние женщин, обладают эстрагеноподобным действием, уравновешивают соотношение тестостерона и эстрогенов. Если женщина выбирает масло иланг-иланга вместе с маслом жасмина, это может говорить о назревшей потребности создать семью и завести детей, выбирая только масло иланг-иланга - говорит о каких-то проблемах или неразрешенных вопросах с противоположным полом.

Мужские гормональные масла – раскрывают «мужские» качества, повышают выработку тестостерона, корректируют гормональные расстройства. Масло пачули снимает депрессию, излишнюю нервозность, повышает концентрацию внимания, развивает артистизм и проникновенную утонченность общения, разгружает подсознание, стимулирует сексуальное желание. Сильный сексуальный стимулятор, характеризует мужчину как состоявшегося.

Эфирные масла широко используются в психологии, а Аромадиагностика® – психологическая методика, позволяющая определить состояние индивида и подобрать группы эфирных масел для улучшения психического состояния конкретного человека, основываясь на его интуитивном выборе предлагаемых эфирных масел по степени значимости.

Привожу мое более раннее описание метода Аромадиагностики®, которое в процессе работы было скорректировано и дополнено.

Аромадиагностика® – уникальная авторская методика, позволяющая с высокой точностью определять особенности физического и психоэмоционального состояния человека. Это единственный на сегодняшний день метод определения и коррекции состояния гормональной системы. В отличие от множества современных тестовых методик, Аромадиагностика® практически исключает погрешности и ошибки в результатах, так как основана на механизмах обоняния. Обонятельная система – одна из самых древних систем – тысячелетиями служила человеку для выживания и продолжения рода, и в наше время она является одним из самых «правдивых» источников информации.

Как уже было сказано выше, в ходе Аромадиагностики® человек знакомится с большой коллекцией 100% натуральных ароматов, и на основании его предпочтений и отрицаний мы получаем информацию о нарушениях в работе различных органов и систем организма, степени устойчивости его нервной системы и уровне психологического здоровья. После анализа данных Аромадиагностики® наши специалисты разрабатывают индивидуальную программу коррекции физического и психоэмоционального состояния, основанную на применении только 100% натуральных ароматерапевтических препаратов.

Аромадиагностика® может помочь при разработке программ для повышения сексуальности и восстановлении гармоничных отношений в супружеских парах, а также в программах снятия стресса и повышения личной эффективности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО Г. СЕМЕЙ

Д.Б. Искакова, Г.Ж. Кайлюбаева
Государственный Медицинский Университет, Семей, Республика Казахстан

Актуальность. Акушерские кровотечения остаются актуальной проблемой современного акушерства в Республике Казахстан. В структуре акушерских кровотечений основное место занимают послеродовые кровотечения. В связи с внедрением программы «Безопасное материнство» и методики активного ведения третьего периода родов отмечена тенденция к снижению частоты кровотечений в первом, втором и последовом периодах. Поэтому внедрение новых методов профилактики послеродовых кровотечений является актуальной задачей современного акушерства. Во многих странах мира для профилактики послеродовых кровотечений активно применяют синтетический аналог окситоцина пролонгированного действия – Пабал.

Целью нашего исследования: оценить эффективность методов, применяемых для профилактики послеродовых кровотечений, обусловленных атонией матки, и научно обосновать их эффективность.

Задачи исследования. Анализ частоты послеродовых кровотечений с 2003-2012гг., по городу Семей. Оценить эффективность мер профилактики послеродовых кровотечений.

Материал и методы исследования. Исследование проведено в группах пациенток с доношенной беременностью и высоким риском развития акушерского кровотечения. На данный момент основную группу составляют 39 женщин, которым в послеродовом периоде вводился препарат Пабал. В группу сравнения составили пациентки, которым, с целью профилактики кровотечения проводилась активная и выжидательная тактика ведения 3 периода родов с назначением окситоцина. Мониторинг эффективности проводился в течение 24 часов после родов.

Результаты и обсуждение. Нами изучается влияние Пабала на тонус матки, объем кровопотери в послеродовом периоде, инволюцию матки в послеродовом и послеоперационном периодах, а также переносимость препарата пациентами.

Результаты проведенных нами исследований показали большую эффективность препарата Пабал в предупреждении послеродового кровотечения особенно в группе высокого риска по развитию данного осложнения и является альтернативой традиционным утеротоническим средствам. Применение данного препарата снижает потребность в дополнительном введении утеротоников и проведении дальнейших манипуляциях, прежде всего хирургических вмешательств, что нередко завершается операцией гистерэктомии. Достоверно уменьшает риск развития кровотечения в послеродовом и послеоперационном периодах. Препарат хорошо переносится пациентами. И обладает более длительным действием (период действия Пабала более 5-ти часов, окситоцина 1,5-2 часа).

Выводы. По результатам, полученным в ходе наших исследований, мы можем говорить о достаточно высокой эффективности препарата Пабал в профилактике послеродовых кровотечений.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

А.Г. Истомин, Е.В. Луценко, С.В. Ширяева
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Харьковский национальный технический университет «НТУ ХПИ», Харьков, Украина

Актуальность. Информационные нагрузки на современных школьников и студентов постоянно увеличиваются. Вместе с этим неуклонно снижается уровень двигательной активности современной молодежи. Такие изменения образа жизни неизменно влияют на уровень физического здоровья молодых людей.
Цель и задачи работы. Выявить тенденции изменения уровня здоровья современных первокурсников и возможности коррекции этих изменений средствами физической культуры.
Материалы и методы. В исследовании приняли участие 35 студентов 1-го курса Харьковского национального технического университета «НТУ ХПИ», в возрасте 17-18 лет. Все участники программы поступили в вуз сразу после школы и спортом ранее не занимались.
В контрольную группу вошли 17 студентов, изъявивших желание посещать секцию плавания. Группу сравнения составили 18 человек, посещавшие занятия общей физической подготовки. Определение уровня здоровья проводилось по методике Г.Л.Апанасенко. Обследование проводилось в начале и в конце учебного года.
Результаты и обсуждение. В начале учебного года показатели уровня здоровья в обеих группах были практически одинаковыми: только 2 человека как в контрольной, так и в группе сравнения, имели уровень физического здоровья ниже среднего. Остальные 15 и 16 студентов соответственно, имели низкие показатели уровня физического здоровья. Основные параметры, повлиявшие на такую оценку – низкая жизненная емкость легких и недостаточная сила кисти. Также 47% студентов контрольной группы и 44,4% студентов группы сравнения имели частоту пульса в покое более 90 ударов в минуту. Время восстановления пульса после 20 приседаний у большинства студентов в обеих группах (88,24% в контрольной и 94,6% в группе сравнения) было в пределах 3-х минут.
В конце учебного года были получены следующие результаты. В группе сравнения у 3-х человек (17,64%) был выявлен средний уровень здоровья. В контрольной группе только 1 человек (5,4%)смог повысить свой уровень здоровья до средних значений.
Уровень здоровья ниже среднего в контрольной группе был выявлен у 5 человек (29,4%), в группе сравнения – у 4-х человек (21,6%). Остальные студенты обеих групп (57, 46% и 73% соответственно) формально остались в группе с низкими показателями уровня здоровья. Однако количество баллов при оценке уровня здоровья в конце учебного года выше, чем в начале, и они приближаются к значениям «ниже среднего».
Динамика по отдельным показателям была следующей.
Жизненная емкость легких увеличилась у 12 студентов (70,56%) контрольной группы и у 7 студентов (37,8%) группы сравнения.
Сила кисти увеличилась у 4-х (21,6%) студентов контрольной группы и у 8 студентов (50%) группы сравнения.
Частота пульса в покое снизилась у 9-и человек (52,92%) группы сравнения и у 9 человек (50%) контрольной группы и не превышала 78 ударов в минуту.
Выводы.
1. Основная масса первокурсников – выпускников школ имеет низкий уровень физического здоровья.
2. Типичные отклонения – сниженная жизненная емкость легких, недостаточная ила кисти и тахикардия в покое.
3. Занятия плаванием способствуют увеличению жизненной емкости легких и снижению частоты пульса в покое.
4. Занятия общей физической подготовкой также снижают частоту пульса в покое, но в меньшей степени способствуют увеличению жизненной емкости легких.
5. Занятия физической активностью ведут к быстрому увеличению показателей уровня физического здоровья.
В связи с этим представляется целесообразным популяризация занятий физической активностью среди старших школьников и студентов.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

О.А. Иштерякова
ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Республика Татарстан

Профессиональные заболевания (ПЗ) развиваются при работе в контакте с вредными производственными факторами и сопровождаются ограничением и утратой трудоспособности (в том числе с определением инвалидности). При этом проводятся медико-социальная экспертиза (МСЭ), материальное возмещение ущерба здоровью и реабилитация пострадавших.
Для профилактики развития ПЗ перспективно оздоровление работников с преморбидом ПЗ и лиц с большим стажем работы, обязательно проведение реабилитации лиц с начальными ранними признаками ПЗ.
Цель и задачи работы. Изучение направлений профилактики профессиональной заболеваемости и реабилитации больных ПЗ.

Материалы и методы. Анализ нормативных документов по охране труда, медицинской документации центра профпатологии (ЦПП) и бюро МСЭ, статистическая обработка, использованы разработанные карта МСЭ при ПЗ, карты оценки эффективности реабилитации (внедренных в качестве дополнения к форме 088/у-06).

Результаты. Для уменьшения интенсивности воздействия вредных факторов (ВФ) обязательным является применение средств индивидуальной защиты и защита временем. Этому способствует рациональная эргономика с чередованием работ в контакте с вредными факторами и работ без них (например, бригадный метод работы). Обязательными являются периодические медицинские осмотры (ПМО) лиц, работающих в контакте с ВФ. Основные цели ПМО: выявление ранних признаков ПЗ, оздоровление работников с большим стажем работы с ВФ.

В ходе исследования установлено, что в целом по Республике Татарстан охват ПМО составляет 95-99% от общего количества подлежащих. Выявляемость подозрений на ПЗ на ПМО низкая: в 27,3% территорий показатели выявляемости ПЗ от 0 до 1 на 1000 осмотренных. При этом остается достаточно высоким удельный вес ПЗ, выявляемых при обращении больных: за последние 5 лет показатель составляет 18,5-25%.

Выявлено, что при наличии в медицинском учреждении специалиста, прошедшего переподготовку по профпатологии, показатель выявляемости ПЗ возрастает и составляет 7-12 на 1000 осмотренных. При проведении ПМО с участием специалистов медицинского университета и ЦПП указанный показатель равен 14-23, соответственно.

Пострадавшим от ПЗ без признаков стойкой утраты трудоспособности показано санаторно-курортное лечение (СКЛ). Проведение СКЛ возможно в счет 20% начисленных страховых взносов в Фонд социального страхования (ФСС).

Работники с признаками стойкой утраты профессиональной трудоспособности проходят МСЭ для определения степени утраты трудоспособности и разработки программы реабилитации пострадавшего (ПРП). Оплата расходов на реабилитацию производится за счет средств ФСС.

В ходе исследования установлено, что наиболее часто (86% случаев) ПРП включает амбулаторное медикаментозное лечение, СКЛ. Нуждаемость в протезировании составляет около 3%. В 100% случаев назначается профессиональная реабилитация: перевод на работу без ВФ, при необходимости - переобучение. Удельный вес больных, нуждающихся в технических средствах реабилитации, составляет 1-1,5%, в социальной реабилитации - менее 1%.

В ходе мониторинга установлено статистически значимое влияние реабилитации на улучшение функциональных показателей ($p<0,05$) и степени утраты профессиональной трудоспособности ($p<0,01$) при ПЗ органов дыхания и опорно-двигательного аппарата.

Выводы. 1) Необходимо повышать качество медицинских осмотров работающих с вредными факторами. 2) Реабилитация больных ПЗ приводит к улучшению объективных показателей состояния здоровья с уменьшением степени утраты трудоспособности.

СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

М.И. Каменецкая

ГБУЗ ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ, Москва, Россия

Проблема реабилитации пожилых пациентов, страдающих психическими заболеваниями, несомненно требует большого внимания со стороны медико-психологических служб.

Целью проекта являлась разработка системы психологического сопровождения пациентов геронтологических отделений на базе ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина. На первом этапе проекта было проведено сплошное исследования когнитивного статуса пациентов для определения специфики нарушений когнитивных функций при психических заболеваниях в позднем возрасте. С помощью специально разработанной методики нейропсихологической диагностики было обследовано 185 пациентов (58 мужчин и 127 женщин), проходящих лечение в геронтологических отделениях стационара. По итогам проведенного скринингового исследования было установлено, что память как психическая функция остается более сохранной (относительно возрастной нормы) при шизофрении - 68%, при сосудистой деменции 38% и при болезни Альцгеймера 30%. При исследовании мышления были получены данные, подтверждающие нозоспецифичность нарушений: при шизофрении сохранность функции составила 64%, при сосудистой деменции 50%, при болезни Альцгеймера 32%. Функция восприятия остается наиболее сохранной при шизофрении 82%, при сосудистой деменции 67%, при болезни Альцгеймера 57%. Речевые нарушения при психических заболеваниях в позднем возрасте также носят нозоспецифический характер. Наиболее сохранной функция остается при шизофрении – 83%, при сосудистой деменции 74%, при болезни Альцгеймера 66%.

На втором этапе проекта с опорой на полученные при диагностике данные были разработаны непосредственно программы психологической коррекции для пациентов геронтостационара: тренинг психомоторной коррекции, тренинг когнитивных навыков.

Тренинг психомоторной коррекции направлен на нормализацию состояния ЦНС посредством воздействия на сенсомоторный уровень, а также профилактику гиподинамии, ускорение процессов ликвидации функциональных нарушений, нормализацию работы сердечно-сосудистой, дыхательной, опорно-двигательной, эндокринной систем, сохранение и восстановление адаптационных возможностей организма пожилого человека. Тренинг психомоторной коррекции включает три основных метода работы: упражнения, направленные на восстановление функций всего организма в целом и ЦНС в частности; самомассаж и дыхательная гимнастика. Положительную динамку показали 60% пациентов, при этом процент продуктивности занятий вырос на 13,3%. Отсутствие динамики выявлено в 20% случаев, отрицательная динамика была отмечена в 20 %.

Тренинг когнитивных навыков проводится для пациентов с диагнозом деменция и шизофрения. Основными задачами когнитивного тренинга являются коррекция нарушений ВПФ: памяти, внимания, мышления, речи, восприятия, праксиса; стабилизация эмоционально-личностной сферы; повышение энергетического потенциала и нормализация нейродинамических процессов. Основным методом, используемым в тренинге когнитивных навыков, является когнитивная тренировка. По результатам, полученным за 6 месяцев исследования, можно говорить об эффективности применяемых методов когнитивной коррекции. Так, в группе пациентов с диагнозом шизофрения положительная динамика отмечена у 75%, отсутствие динамики у 15%, отрицательная динамика зафиксирована в 10%. При этом средний рост показателей составил 5%. В группе пациентов, страдающих деменцией, положительная динамика отмечается в 64%, отсутствие динамики в 32% и отрицательная динамика прослеживается в 4% случаев. При этом средний показатель роста составил 11%.

НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

В.Т. Карташов, В.В. Розанов , А.Е. Северин
ГБУЗ «Городская поликлиника № 202 ДЗМ», Москва, Россия
МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия
РУДН, Москва, Россия

Московский Государственный университет имени М.В.Ломоносова старейший российский ВУЗ, один из лучших центров отечественного просвещения, науки и культуры. Только студентов в данном ВУЗе обучается более 40 тысяч.
Охрана здоровья обучающихся изложена в Федеральном законе об образовании в РФ от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ. В статье 41 данного закона определен перечень направлений работы организации, осуществляющей образовательную деятельность, касающуюся медицинского обеспечения. Это – оказание первичной медико-санитарной помощи, определение оптимальной учебной, внеучебной нагрузки, режима занятий и продолжительности прохождения обучения в соответствии с законодательством Российской Федерации, проведение периодических медицинских осмотров, диспансеризации и т.д.
5 марта 2013 года в Общественной Палате Российской Федерации состоялся «круглый стол» на тему «Здоровье студенческой молодежи», где обсуждались вопросы развития профилактической медицины российского студенчества.
В программе Модернизации здравоохранения г. Москвы предусматривались и реализованы мероприятия по совершенствованию медицинского обеспечения студентов в г. Москве.
Вопросы реального медицинского обслуживания студентов возложены на Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 202 Департамента здравоохранения г. Москвы».
В штатном расписании поликлиники предусмотрено два терапевтических отделения, одно из которых (12 терапевтических участков) предназначено для оказания медицинской помощи студентам. В среднем на каждый участок приходится более 2 тысяч обучающихся.
Поликлиника включена в интеграционные связи с лечебно-диагностическими и профилактическими учреждениями Департамента здравоохранения г. Москвы. В связи с этим студентам университета доступны все виды медицинской помощи, в т.ч. и высокотехнологичные.
Некоторые виды медицинской помощи не включенные в Программу ОМС (медицинская психология, психотерапия) оплачиваются за счет средств бюджета г. Москвы.
Принципиально новый подход в проведении диспансеризации и профилактических осмотров в поликлинике осуществляется во исполнение Приказа Министерства здравоохранения РФ от 06.12.2012г. № 1011 «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» и от 03.12.2012г. №1006 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», а также приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 15.05.2013г. № 45 «О проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения в 2013 году»
Привязка объемов диагностических исследований к возрастам контингентов проходящих диспансеризацию и проф. осмотров позволило значительно поднять их качество. Выявляемость заболеваний в период углубленных медицинских обследований увеличилась на 15%. Значительно возрос объем и качество санитарно-просветительской работы – пропаганда здорового образа жизни, здоровое питание, отказ от курения и т.д.
Большое значение в профилактике неинфекционных заболеваний имеет работа введенного в штатное расписание поликлиники в 2013 году отделения медицинской профилактики и работа Центра здоровья Дирекции западного округа г. Москвы.
Сроки проведения диспансеризации студентов осуществляются в соответствии с приказом ректора МГУ имени М.В. Ломоносова. Охват диспансеризацией в 2013 году составил 97,6%, из них подростки (в том числе юноши) осмотрены полностью. Полностью выполнен план по флюорографическому обследованию (почти 100% от числа нуждающихся).
В структуре распространенности заболевания среди студентов на первом месте находятся болезни органов дыхания – 52,2%, на втором – болезни глаза, на третьем болезни органов пищеварения.
Заболеваемость за анализируемый период – 2011-2013г.снизилась по всем классам, за исключением эндокринной патологии, где произошло её увеличение за счет студентов первого курса. Нет тенденций к снижению психических расстройств.
По состоянию здоровья студенты 1 курса распределились по следующим группам:

- группа здоровья – 19,23%
- группа с компенсированным течением заболевания – 69,85%
- группа с субкомпенсированным течением заболевания – 10,92%

Среди заболеваний, являющихся причиной академических отпусков, на первом месте находятся психические болезни, на втором болезни нервной системы, на третьем болезни органов дыхания.

В 2013 году, благодаря проводимым профилактическим и санитарно-гигиеническим мероприятиям, среди студентов не было вспышек инфекционных заболеваний.

По данным Фильчакова С.А. с соавторами 2012г.

- ухудшение здоровья студентов в период обучения в ВУЗе в большей степени связано с неблагоприятными воздействиями социально-гигиенических факторов среды и наследственно генетической предрасположенностью. Известно, что при поступлении в ВУЗ у большей части студентов происходит изменения привычных жизненных стереотипов, смена места проживания, изменение условий самостоятельной работы, смена режима и качества питания.

Для снижения отрицательного влияния вышеуказанных факторов на состояние здоровья студентов, преемственность в лечении ряда заболеваний после стационарного и амбулаторно-поликлинического лечения в структуре университета имеется и успешно работает санаторий-профилакторий, для нуждающихся - диетическое питание.

Направление в санаторий-профилакторий осуществляется по направлению санаторно-отборочной комиссии поликлиники.

Среди факторов оказывающих влияние на сохранение здоровья студентов принадлежит правильно организованному процессу физического воспитания, формирование и становление физической культуры обучающегося.

Контроль за физической подготовкой и спортом представляет собой целый комплекс мероприятий проводимых кафедрой физического воспитание совместно с поликлиникой, включает вопросы медицинского осмотра, допуска к занятиям по состоянию здоровья, организация занятий в группе ЛФК, реальное медицинское обеспечение

Включенное в программу физической подготовки студентов обязательное плавание в бассейне является серьезным оздоравливающим фактором.

Как итог – ухудшение состояния здоровья за период обучения студентов МГУ имени М.В.Ломоносова за период обучения в 2011-2013годы не произошло, а наоборот

- 1 группа состояние здоровья увеличилась до 25,44%;
- 2 группа состояние здоровья уменьшилась до 63,87% за счет лечебно-оздоровительных мероприятий позволивших перевести студентов из 2-ой группы в 1-ую группу состояния здоровья;
- 3 группа состояние здоровья осталась на прежнем уровне 10,69%.

Среди проблем имеющих место в медицинском обеспечении студентов следует отметить:

1. Форма 086/у (справка о состоянии здоровья) в перечень документов представляемых абитуриентами при поступлении в ВУЗ не входит (Приказ Минобрнауки от 09.01.2014 г.. № 3 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры на 2014/15 учебный год) Отсутствие объективных данных из детской амбулаторной карты о перенесенных заболеваниях, прививках и т.д. не позволяет в полном объеме организовать профилактику, сохранение и укрепление здоровья будущего студента, нарушает преемственность в оказании медицинской помощи.

Руководство МГУ им. М.В. Ломоносова с большим вниманием отнеслось к данной проблеме и внесло справку формы 086/ув перечень документов представленных при поступлении в университет (по усмотрению поступающих)

2. Отсутствие единого документа предъявляющего требования к состоянию здоровья абитуриентов поступающих в ВУЗ.

Методические указания «Перечень медицинских противопоказаний к приему абитуриентов в высшие учебные заведения», утвержденные приказами Минздрава СССР и Министерства высшего и среднего специального образования СССР от 26 мая 1976 года № 542/464 отменены.

Применение приказа Минздравсоцразвития от 12.04.2011г. № 302 «Об утверждении перечней вредных (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические осмотры и обследования, и порядка проведения обязательных предварительных и периодических осмотров (обследований) работников занятых на тяжелых работах и на работах с вредными (или) опасными условиями труда» не всегда позволяет объективно подойти к определению годности к выбранной студентом профессии.

В этой связи, значительно повышается роль клинико-экспертной комиссии поликлиники при определении противопоказаний к обучению студентов, возрастают требования к профессионализму врачей в разделе профпаталогия.

3. Медицинские рекомендации по объему обследования студентов перед прохождением практик изложены в приказе Минздравсоцразвития от 12.04.2011г. № 302 , п.16 Приложения 2 «Перечень работ, при выполнении которых проводятся обязательные профилактические и периодические медицинские осмотры (обследования)». В разделе – «работы выполняемые учащимися образовательных организаций общего и профессионального образования перед началом и в период прохождения практик» предлагается перечень врачей специалистов участвующих в осмотрах (обследовании) обучающихся.

Однако указанный приказ не конкретизирует виды практик, для которых необходимо прохождение медосмотра и перечень привлекаемых специалистов.

4. Порядок предоставления академических отпусков студентам определен Приказом Минобрнауки России от 13.06.2013г. № 455 «Об утверждении Порядка и оснований предоставления академического отпуска обучающихся». В данном приказе отмечено, что академический отпуск предоставляется обучающимся, в связи с невозможностью освоения образовательной программы по медицинским показаниям в формате заключения врачебной комиссией мед. организации.

Однако список мед. показаний для предоставления академических отпусков на федеральном уровне не объявлен.

Устранение имеющихся проблем в медицинском обеспечении студентов позволит поднять качество оказываемой медицинской помощи на достойный уровень, способствовать сохранению и укреплению здоровья студенческой молодежи.

Литература.

1.Фильчаков С.А., Чернышёва И.В., Шлемова М.В. Актуальные проблемы здоровья студентов // Материалы V Международной студенческой электронной научной конференции «Студенческий научный форум» .

2. Мальгинова, Е.А. Формирование заинтересованности у студентов технического вуза к занятиям физической культурой / Мальгинова Е.А., Чернышева И.В., Шлемова М.В., Липовцев С.П. // Успехи современного естествознания. - 2012. - № 5. - С. 101-102.

3. Попова, С.Ю. Развитие личностных качеств будущих инженеров средствами физической культуры / Попова С.Ю., Чернышева И.В., Шлемова М.В., Липовцев С.П. // Успехи современного естествознания. - 2012. - № 5. - С. 103.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ

А.Ю. Киворкова, А.Г. Соловьев

Федеральное государственное казенное учреждение санаторий «Ессентуки», Ессентуки, Россия

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», Архангельск, Россия

Биоуправление предоставляет человеку уникальную возможность осознать единство психофизиологических реакций, взаимосвязь мыслей, образов и чувств, которые предшествовали, сопровождали и следовали за физиологическим ответом, а также возможность понять, какими психологическими проблемами спровоцирована та или иная вегетативная реакция.

Целью исследования явилось выявление динамики психофизиологических показателей при проведении медико-психологической реабилитации в зависимости от психотипологических особенностей личности для разработки рекомендаций по повышению эффективности медико-психологической реабилитации на основе применения биологической обратной связи.

Материалы и методы. В проведенное нами исследование было включено 74 женщин в возрасте 22-48 лет (ср. возраст 39,5+5,4 лет), поступивших на медико-психологическую реабилитацию на этапе санаторно-курортного лечения с жалобами на частые головные боли, эмоциональную лабильность, повышенную тревожность, нарушения сна, раздражительность в адрес членов семьи. В соответствии с методологическими принципами конституциональной психологии (Боев И.В., 1999) выделены группы лиц с личностными психотипами, отличавшиеся характерологическими особенностями реагирования за пределами диапазона психологической нормы (аномальная изменчивость): I – 39 чел. – с преобладанием циклоидной структуры личностного психотипа с аномальной изменчивостью, которым проводился курс реабилитационных мероприятий, включавший температурно-миографические тренинги в сочетании с психотерапевтической помощью (рациональная психотерапия, сеансы гетеротренинга); II - 35 чел. – с преобладанием истероидной структуры личностного психотипа с аномальной изменчивостью - с проведением курса реабилитационных мероприятий, включавшего сеансы кататимно-имагинативной психотерапии (символдрамы). Для мониторирования психофизиологических параметров, а также предоставления данных о нервно-мышечной и автономной активности в норме и патологии в форме бинарных, аналоговых, слуховых и визуальных сигналов БОС был использован программно-аппаратный комплекс (ПАК) «БОСЛАБ».

Полученные результаты. Динамическое исследование ЭЭГ-ритмов с использованием БОС показало значимые изменения изучаемых параметров. У женщин с выработанным в процессе коррекционных сеансов БОС навыком произвольного увеличения альфа-ритма наблюдался положительный терапевтический эффект со снижением частоты депрессивных состояний и уровня тревожности. При анализе отфильтрованных ЭЭГ-параметров отмечалось значимое повышение базового уровня амплитуды альфа-ритма и снижение тета-активности у представительниц циклоидного и истероидного психотипов, свидетельствующее о повышении устойчивости к стрессу, развитии навыков глубокой психической релаксации. Одновременно с описанными изменениями альфа-тета соотношения изменялось и психоэмоциональное состояние - исчезали симптомы депрессии и тревоги, улучшалось качество ночного сна. Более выраженное повышение амплитуды альфа-ритма с применением температурно-электромиографических тренингов БОС отмечалось в подгруппе циклоидного психотипа на фоне снижения уровня электромиографического напряжения и повышения температуры кончика пальца ведущей руки. В результате БОС-тренингов представительницы циклоидного психотипа достигли улучшения заданных значений по показателям миограммы или температуры. Выводы. Таким образом, у женщин, прошедших курс медико-психологической реабилитации, выявлена положительная динамика психофизиологических показателей. Приобретение представительницами циклоидного

психотипа навыков саморегуляции после цикла температурно-миографических сеансов БОС-тренинга приводило к значимому изменению значений электромиограммы и температуры, что способствовало восстановлению саморегуляции эмоций, интрапсихической адаптации, а также достижению социально-значимых целей. После проведения реабилитационных мероприятий у представительниц истероидного психотипа также было зафиксировано увеличение амплитуды альфа-ритма с одновременным снижением тета-активности, сопровождающееся стабилизацией эмоционального фона, нивелированием симптомов невротического состояния и тревоги.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ КРУПНОГО ПЛОДА В СВЕТЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Ш.К. Кинаятова, Г.А. Танышева
Государственный Медицинский Университет, Семей, Республика Казахстан

Цель работы: изучить факторы риска, определение частоты и структуры при крупном плоде на современном этапе.
Материалы и методы исследования: Ретроспективный анализ течения родов и беременности у женщин. Материалами исследования послужили документация лечебно-профилактических учреждений родовспоможения (книги записи родов - ф. № 10/у), обменные карты (ф. № 113/у), истории родов (ф. № 096/у), анкетирование, а также клинико-лабораторные.
Результаты исследования: Нами в ГКРД за 2011 год было проанализировано 219 истории родов, за 2012 год - 247 истории родов и за 2013 год - 379 истории родов женщин, завершившихся рождением крупных плодов и 6 (2011г), 10 (2012г) и 8 (2013г) случаев родов гигантскими плодами с ретроспективным анализом. Учитывая общее количество родов, каждый 6 ребенок рождается весом более 4 кг.
По данным нашего исследования средняя прибавка массы тела у беременных с крупным плодом составила 14-16 кг.
Существует также тенденция к формированию крупного плода во время второй и последующих беременностях. По статистике, второй ребенок на 20-30% крупнее первого. Так по данным нашего исследования макросомия у первородящих женщин составила 276 случаев, у повторнородящих – 593.
Кроме того причиной крупных размеров малыша служит наследственность. Так, если родители ребенка имели крупный вес при рождении, вероятно, что и малыш будет большим. Из нашего исследования 37 детей родились от родителей, имевших крупный вес при рождении.
Причиной формирования крупного плода может стать и неправильное питание беременной. Так, избыток углеводов (макарон, хлебобулочных, кондитерских изделий) в рационе способствует задержке жидкости в организме, тучности матери и формированию чрезмерно крупного плода. По данным нашего анкетирования большая часть женщин во время беременности злоупотребляли мучными и сладкими продуктами питания.
Таким образом, выяснение причин развития макросомии плода и их устранение приведет к снижению материнского и детского травматизма в родах и будет способствовать рождению здоровых детей и сохранению здоровья матери.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ АГРЕССИИ ЧЕЛОВЕКА ПОД ДЕЙСТВИЕМ АЛКОГОЛЯ

О.С. Киселев, Я.М. Акинкина
Психологический центр на Пятницкой, Москва, Россия
ГБОУ СПО Колледж сферы услуг №3, Москва, Россия

Систематические исследования по выявлению зависимости между алкоголем и изменениями в эмоциональной сфере человека проводились во многих странах мира. В частном случае особенно актуален вопрос об увеличении степени агрессии вследствие принятия алкоголя.
Из исследований вышеперечисленных источников следуют основные предположения: 1) алкоголь непосредственно воздействует на сдерживающие нервные центры; 2) люди обладают врожденной тенденцией к причинению вреда себе подобным. Из этих предположений вытекает рабочая гипотеза.
Рабочая гипотеза, подлежащая проверке в ходе исследования:
1) Существует связь между уровнем экстраверсии/нейротизма и характером реакции на фрустрацию.
2) Употребление алкоголя повышает экстрапунитивные реакции и снижает интропунитивные.
Цель исследования. Выявить наличие положительной корреляции между характером изменения реакции на фрустрацию под действием алкоголя и степенью показателей экстраверсии и нейротизма личности.
Задачи исследования:
а) рассмотреть сущность влияния алкоголя на эмоциональную сферу человека;
б) выявить, как изменяется уровень агрессии под действием алкоголя;
в) выявить, как изменяется настроение/эмоциональный фон под действием алкоголя;
г) обосновать этическую допустимость проведения данного эксперимента;
д) выявить наличие положительной корреляции между уровнем экстраверсии/нейротизма и изменением уровня агрессии вследствие принятия алкоголя.
Объектом исследования является эмоциональная сфера человека, предметом исследования - уровень агрессии человека под действием алкоголя. Объем выборки испытуемых составляет 58 человек. Также в контрольной выборке находилось 20 человек.

В экспериментальном исследовании использовались методики: тест Айзенка, тест фрустрационных реакций Розенцвейга (взрослый вариант), наблюдение, опрос, эксперимент, анализ и исследование литературы, моделирование, коэффициент корреляции Пирсона, анализ различий средних Манна-Уитни. Расчёты для получения и обработки статистических данных выполнялись в программе Statistica 6.0 и Microsoft Office Excel.
На основе проведённого исследования могут быть сделаны следующие **выводы:**
1. Поскольку алкоголь непосредственно воздействует на сдерживающие нервные центры, и люди обладают врожденной тенденцией к причинению вреда себе подобным, то проблема изучения влияния алкоголя на эмоциональный фон человека носит особо острый характер.
2. Принятие алкоголя неизбежно влияет на агрессивность, сдерживаемую в обычных условиях.
3. Механизм возникновения эмоций тесно связан с потребностями и мотивами человека.
4. Даже после нерегулярного, случайного употребления алкоголя наступают серьезные неполадки в организме, свидетельствующие о тяжелом его отравлении.
5. Между уровнем нейротизма и характером реакции на фрустрацию выявлена незначительная положительная корреляция. Между уровнем экстраверсии и характером реакции на фрустрацию также выявлена незначительная положительная корреляция.
6. Употребление алкоголя повышает экстрапунитивные реакции и снижает интропунитивные, также принятие алкоголя повышает количество импунитивных реакций, следовательно, при принятии алкоголя люди склонны к уходу от проблемы, снятию с себя ответственности и перекладывании её на других.
Все поставленные в исследовании задачи были выполнены, выдвигаемая нами гипотеза о наличии положительной корреляции между уровнем нейротизма/экстраверсии и характером реакции на фрустрацию подтвердилась.

МОТИВИРОВАННОСТЬ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СРЕДИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Е.В. Колбина, А.Н. Санько, Е.В. Фурс
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Нездоровое питание и недостаточная физическая активность являются ключевыми факторами риска развития основных неинфекционных заболеваний. Сегодня многие мальчики и девочки вступают в подростковый возраст с недостаточностью питания, что делает их более уязвимыми к болезням и ведет к сокращению продолжительности жизни. Наряду с этим все более распространенными среди молодых людей становятся избыточный вес и ожирение – главные факторы риска болезней «цивилизации». Одним из ключевых методов в борьбе с современной эпидемией избыточной массы тела и ожирения является физическая активность.
Поэтому целью исследования явилась оценка уровня мотивированности современной молодежи к ведению здорового образа жизни. Задачи предусматривали оценку пищевого поведения, организации питания, состояния физической активности, а также определение основных направлений оздоровительных мероприятий среди современной молодежи.
Было проведено социологическое исследование 89 студентов 18-19 лет с использованием унифицированной анкеты для мониторирования состояния физической активности и питания с последующей статистической обработкой данных при помощи прикладных программ MS Excel.
В результате исследования выявлено, что у 82,80% студентов масса тела соответствует возрастным нормативам, для 10,75% характерен избыток и 6,45% - недостаток массы тела (при этом только 53,76% следят за своим весом). Проведенное анкетирование показало, что только небольшая часть современной молодежи придерживается правил рационального питания: 58% - соблюдают умеренность в потреблении продуктов питания, 16,13% придерживаются режима питания, 43,01% - принимают пищу не менее 3 раз в день, 46,24% - стараются сделать рацион питания максимально разнообразным, наряду с этим 16,13% из них питаются как придется. Весьма важные компоненты здорового питания и профилактики неинфекционной патологии не достаточно широко представлены в рационах питания студентов. Так, фрукты употребляют 4 и более раз в неделю 75,26% опрошенных, 1-2 раза в неделю - 22,59%, очень редко или никогда - 2,15%. Морепродукты включают в рационы питания более 4 раз в неделю всего лишь 3,63% респондентов, 1-2 раза в неделю - 37,63%, очень редко или никогда - 58,74%.
Наряду с погрешностями в организации питания среди обследованной когорты прослеживается дефицит физической активности: 89% - ведут в основном «сидячий» образ жизни, 54% - каникулы проводят дома, 45,2% - выезжает на дачу и только 37,5% опрошенных осуществляют туристические поездки и походы. Понимание необходимости ведения здорового образа жизни не всегда реализуется на практике: попытка увеличения физической активности увенчалась успехом лишь в 42% случаев. Современная молодежь в целях сохранения и укрепления здоровья предпочитает статические, пассивные действия: 52,7% - ограничение приема алкоголя, 51,6% - ограничение курения, 39,8% - контроль психического состояния. Активный образ жизни выбирают немногие: 4,3% - закаливание, 18,3% - посещение бассейна или тренажерного зала, 29% - занятие активными видами спорта, 12,9% - утренняя гимнастика.
Таким образом, нерациональное питание, дефицит здоровых привычек и двигательной активности – широко распространенные факторы риска среди современной молодежи. Их устранение должно стать осознанной необходимостью каждого человека, вне зависимости от возраста, как основа формирования здорового образа жизни.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

А.Н. Коломенская, А.В. Ляхович, Т.М. Васильева, Е.О. Овчинникова
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия
ДГП №125 Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Актуальность. Необходимым условием охраны здоровья новорожденных высокого неврологического риска и повышения качества жизни этой категории детей является разработка и внедрение современных организационных и медицинских технологий профилактики, диагностики и реабилитации в условиях первичной медицинской помощи.
Цель. Внедрение «Программы профилактики, снижения инвалидности и реабилитации новорожденных высокого неврологического риска в условиях детской поликлиники и на дому (начиная с периода новорожденности)».
Пациенты и методы. Под наблюдением находятся новорожденные с перинатальным поражения ЦНС (ПП ЦНС), в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении (НМТ и ЭНМТ) - посетители детской поликлиники, информация о которых размещена в отдельной базе данных ДГП № 125 (75 детей, содержит 37 позиций в вербально-цифровом обозначении). Для прогнозирования исходов ПП ЦНС детей высокого неврологического риска использован комплекс математико-статистических методов и специально разработанное программное обеспечение.
Для коррекции ПП ЦНС в работу поликлиники внедрена технология «Индивидуальная коррекция, абилитация и реабилитации новорожденных высокого неврологического риска, в том числе с НМТ и ЭНМТ, с использованием кондуктивных методов» (ИКАР).
Результаты и выводы. Информация базы данных позволяет своевременно организовать и провести комплекс медико-профилактических мероприятий, разработать индивидуальные комплексные диагностические и лечебно-коррекционные программы для предотвращения неблагоприятных отдаленных исходов заболеваний, связанных с перинатальным периодом. База данных используется для оптимизации практической деятельности поликлиники, а также обучения персонала (мастер-классы).
Установлены статистически достоверные сроки начала раннего вмешательства в амбулаторных условиях и на дому для достижения благоприятного исхода, а также связь между показателями состояния детей с ПП ЦНС, в том числе с НМТ и ЭНМТ в неонатальном периоде с достижением навыков психомоторного развития на первом году жизни и дальнейшей социализацией ребенка.
Технология ИКАР обеспечивает решение задач профилактики, абилитации и реабилитации психомоторных нарушений с использованием современных методов восстановительной и коррекционной медицины, применяемых на донозологическом этапе (раннее вмешательство). Ее применение в условиях детской поликлиники и на дому у детей с ПП ЦНС позволило достичь прироста навыков статико-моторного развития в среднем к 15 месяцам (навык самостоятельной ходьбы), а по показателю «мелкая моторика кисти» (навык раскрытия кисти и формирование ладонного захвата) – в среднем к 5,5 месяцам. У 22 детей достигших года прогнозируется благоприятный исход ПП ЦНС.
При нашем участии разработаны новые методические подходы к работе с медицинской документацией, меняющие маршрут пациента, программы семинаров обучения персонала (медицинского и немедицинского) и родителей.

ОЦЕНКА МОТИВАЦИИ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ КАК ПРЕДИКТОРА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ

Я.В. Колпаков
ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранение Российской Федерации, Москва, Россия

Распространенность употребления психоактивных веществ (ПАВ) в России остается на высоком уровне, тогда как показатели устойчивых ремиссий – на низком. Во многом это связано с недостаточной эффективностью реабилитационного звена оказания наркологической помощи населению. Повышение эффективности третичной профилактики рецидивов зависимости от ПАВ является важной задачей современной наркологии, психотерапии и клинической психологии. Важную роль в этом играет оценка мотивации на участие в реабилитации лиц, зависимых от ПАВ. **Целью исследования** было сравнительное изучение мотивации на реабилитацию лиц, зависимых от опиоидов, участвующих в различных программах реабилитации. Материалы и методы исследования. При помощи авторской пилотной русскоязычной версии «Опросника мотивации на реабилитацию» (PAREMO-20, Patientefragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation, R. Nubling, D. Kriz, J. Herwig, M. Wirtz, N. Tuns, J. Bengel, 2005) были обследованы 60 мужчин 20-35 лет с синдромом зависимости от опиоидов (F11.2 по МКБ-10), из которых были сформированы следующие группы сравнения: в первую группу вошли 20 мужчин (27,8±4,6 года), проходящих реабилитацию в программе Анонимные Наркоманы (АН); во вторую - 20 мужчин (27,7±4,6 года), проходящих духовно-ориентированную программу реабилитации при монастыре Святого Саввы Освященного (Республика Украина, г. Мелитополь); в третью - 20 мужчин (29,2±3,6 года), проходящих медико-социальную реабилитацию в клиническом филиале Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы. Обследование проводилось на 14-16 сутки после купирования абстинентного состояния. Полученные при помощи указанных выше методик данные были подвергнуты обработке при помощи пакета программ SPSS, version 20: использовались процедуры дескриптивно-сравнительного анализа, включающего вычисление средних и стандартных

отклонений, а также сравнение групп с использованием непараметрического критерия U Манна-Уитни (достоверность различий определялась на уровне p<0,05).

Результаты исследования позволили констатировать следующее: 1). В структуре мотивации на реабилитацию изучаемые группы не различаются по факторам преодоления психологического дистресса, получения социальной поддержки и вторичной выгоды от реабилитации, информированности о реабилитации и скептицизма в отношении реабилитации. 2). Фактор преодоления физических ограничений статистически достоверно выше у лиц, зависимых от опиоидов, проходящих медико-социальную реабилитацию при наркологической больнице (13,50±1,57 балла), чем у лиц зависимых от опиоидов, проходящих реабилитацию в программе Анонимные Наркоманы и чем у лиц зависимых от опиоидов, проходящих духовно-ориентированную реабилитацию при монастыре – p<0,000 и p<0,001, соответственно. Данный параметр отражает фактор мотивации на реабилитацию, связанный с жалобами на физическое состояние пациентов и подчеркивает те ограничения, которые возникают в их повседневной жизни (предполагается, что выраженные физические ограничения способствуют высокой мотивации на реабилитацию).

Выводы. 1). У лиц, зависимых от опиоидов, существуют различия в мотивации на участие в реабилитации. 2). Преодоление физических ограничений играет важную роль в участии лиц, зависимых от опиоидов, в реабилитационном процессе. 3). Оценка факторов мотивации на реабилитацию является важной составляющей третичной профилактики рецидивов зависимости от опиоидов.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ

А.Г. Копылов, В.В. Малаховский, А.Е. Саморуков

Московское профессиональное объединение мануальных терапевтов, Москва, Россия

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

ФГБУ РНЦ ВМ и К Минздрава РФ, Москва, Россия

Функциональные нарушения осанки у детей дошкольного и школьного возраста являются самой частой причиной возникновения костно-мышечных заболеваний. Основополагающей идеей является признание первичной роли функциональных двигательных расстройств в патологии опорно-двигательного аппарата, его целостности, следствием чего становятся патологические структурные перестройки различных звеньев кинематической цепи (Иваничев Г.А. Мануальная медицина, 2008). На основе данных литературы мы наблюдаем, как важно разработать и внедрить современные медицинские научные разработки по функциональным нарушениям осанки для сохранения соматического здоровья детей. (Саморуков А.Е. «Метрологические аспекты в оценке динамики функциональных нарушений позвоночника при мануальной терапии». М. 1994, Разумов А.Н., Саморуков А.Е «Методы мануальной диагностики в клинике нервных болезней», 2001). Лечению функциональных нарушений осанки у детей и подростков посвящено много работ. Следует отметить, что количество методов лечения и применение различных технических приемов мануальной терапии растет, еще быстрее растет частота патологии. Причина - в противоречивости критериев: клинических, инструментальных, нейрофизиологических, антропометрических, дифференциально-диагностических между патогенными и саногенными изменениями биомеханики, при нарушениях осанки и сколиотических деформациях, наличие скудных данных о нейрогенных механизмах, взаимосвязи их формирования с патобиомеханическими изменениями. Шумаков Е.А., 2002 г. Emans J., Kaelin A., 1986). При этом, одни исследователи, анализируя частоту осложнений и рецидивов клинических проявлений заболеваний после мануальной коррекции, указывают на нецелесообразность широкого применения мануальной терапии при лечении и реабилитации данной группы больных. (Цыкунов М.Б., 1994, Капелин А.Ф., 1996, Руцкий А.В.,1998.) Другие авторы рассматривают мануальную терапию как средство оптимизации механической подвижности тканей, уменьшающий имеющуюся гиперафферентацию и поэтому рекомендующие включать мануальную коррекцию в лечение. (Шаргородский В.С., 1996, Ситель А.Б., 1998 г., Мерзенюк О.С., 2001). работы (V. Janda., 1992, Ненашевой Т.В., 1998., Бобко Я.Н., 2003 указывают на то, что наличие нейрологической дезорганизации сегментарных и суперсегментарных структур изменяет патогенетическое значение нарушений биомеханики при формировании клинических проявлений дистонических мышечных синдромов, следствием чего, функциональные нарушения осанки и сколиозы. При этом, возникшая нейрологическая дезорганизация, нарушая паттерны активации мышечных групп (агонистов, синергистов, нейтрализаторов, фиксаторов, антагонистов), формируя атипичные моторные паттерны, оказывает влияние на патогенез функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата и требует нейромоторного переобучения и/или коррекции физическими методами (Лиев А.А., 2000 г., Чикуров Ю.В., 2002 г., Шумаков Е.А., Шумахер Г.И., 2004, Юнусов Ф.А., 2003). Из всего выше перечисленного обусловленность возникновения функциональных нарушений осанки и сколиозов одной причиной – некорректна и все попытки создания одной целостной теорией пока безуспешны и среди исследователей, занимающихся функциональными нарушениями осанки нет единого мнения о том, какая из систем – костная, мышечная или нервная – больше всего « повинна» в возникновении патологии. Проблема функциональных нарушений осанки и требует расширения арсенала средств и методов, возникает необходимость в разработке комплексных методов лечения. Цель исследования выбрать наиболее эффективный и в то же время щадящий комплексный метод реабилитации с функциональными нарушениями позвоночника методами мануальной терапии и индивидуальной лечебной гимнастики, физиотерапии и психотерапии как наиболее оптимальные виды восстановительного лечения для данного вида патологии. Примером может служить, научное исследование д.м.н. О. Г. Сафоничевой, в работе которой показано, что устранение функциональных нарушений

статики шейного отдела позвоночника, улучшает когнитивные функции у школьников. «Нам стало приходить понимание того, как движение индивидуума, особенно гармоничное, ритмичное, несёт в себе мысль, отражая состояние способности ЦНС в не вербальном выражении, смысловой стороне движения. Психическое действие находит своё функционирование в алгоритме движения, который и определяет двигательную фазу в поведении индивидума, закрепляя её в действиях, навыках» - Н.А. Бернштейн. Биомеханика и физиология движения, 2008.

Помогая формировать, вырабатывать с детских лет в игровой, свободной форме правильные, гармоничные стереотипы: мышления, движения, положения - так называемую «меру поступи», что нашло отражение в нашей речи: быть в - « одном ряду», в - «одной обойме». Мы делаем вывод, что такие навыки в конечном счёте, приводят школьника, будущего призывника, к улучшению социальной адаптации в группе, коллективе, обществе, к активному сохранению и укреплению его психосоматическое здоровья. Во всех обществах придавалось большое значение осанке: «королевская осанка», «военная выправка» и т. д. В состоянии костно-мышечной системы есть своеобразная точка, грань, после которой функциональные нарушения костно-мышечной системы превращаются в структурные, патологические изменения. Наша главная задача использовать все возможности, задействовать все компенсаторные механизмы, чтобы остановить патологические изменения костно-мышечной системы. Новый антропометрический стандарт, потребовал пересмотреть взгляд по диагностике и профилактике школьно-обусловленных костно-мышечных заболеваний. Актуальной проблемой является создание нового медицинского стандарта для профилактики прежде всего функциональных нарушений позвоночника у детей и подростков. Значительную роль в психосоматическом здоровье детей и подростков играет как самооценка себя физически здоровым, так и признание их здоровыми и двигательно-успешными членами того коллектива, в котором они проводят значительную часть жизни – школа, двор по месту жительства, секции, и т.д. Подростки, имеющие дефекты осанки –сколиоз, разную высоту стояния плеч, некрасивую походку, легкую дискоординацию и т.д., признаются сверстниками «слабыми», «неэффективными». А представителями противоположного пола в своих возрастных группах – малоинтересными для общения. Это ведет к дальнейшему снижению самооценки, ухудшению успеваемости, увеличению замкнутости, десоциализации, ведет к депрессивным аффектам, вплоть до суицидальных мыслей. В свою очередь, указанные тенденции усиливают и закрепляют дефектные паттерны поддержания позы и двигательной активности, раскручивая «психосоматическую спираль», все в большей степени усиливая и усугубляя психогенные, социальные и поведенческие дисфункции. В дальнейшем могут возникать и такие психосоматические расстройства, как панические атаки, различные нарушения функций желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы и др.

Поэтому, создание у подростков «образа-идеала» физически развитого человека с красивой осанкой, правильной походкой, обладающего адекватной обстоятельствам мелкой моторикой – является не только профилактикой чисто неврологических нарушений, проблем опорно-двигательного аппарата, но и формированием психически и соматически здорового молодого поколения.

Полученные на основе нового антропометрического стандарта и морфо-функциональных показателей у школьников, на основе научно-практических исследований, было разработано «Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях», 2012, авторским коллективом возглавляемым д.м.н. профессором Кучма В.Р. НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков. В нём дана объективная оценка и разработаны новые стандартные таблицы ОДА у учащихся по ростовым группам с разработкой нового антропометрического стандарта, а так же критерии функционального состояния ОДА. Рост детей за последние десять лет увеличился, у мальчиков на 5,4 см., у девочек на 4,2 см., мышечная масса осталась в средних значениях, что связано прежде всего с нерегулярностью занятий физической культурой, неоптимальной организацией ученического места за период обучения в школе, напряжённый учебный процесс негативно отражается на физическом и психо-эмоциональном развитии школьников.

Конечная цель научно-практической работы внедрение новых научных разработок, с единой — поэтапной, организационно-методической связью между структурными подразделениями для создания здоровьесберегающей среды, позволяющая качественно улучшить здоровье детей, будущих призывников, а так же для всех участников образовательного процесса. Как пример: научно-практическое исследование для создания нового медицинского стандарта: профилактика и реабилитация функциональных нарушений позвоночника у детей и подростков, использование комплексно-целевой реабилитации на амбулаторно - поликлиническом этапе, технологиями мануальной терапии, ЛФК, физиотерапии, психотерапии. Использование в полном объёме, вспомогательные средства при скрининг-контроле, при диспансеризации и реабилитации функциональных нарушений осанки, раннем распознавании костно-мышечных заболеваний опорно-двигательного аппарата. По данным медицинской статистики за последние годы до 18,7% подростков ежегодно получают освобождение от призыва в Российскую Армию, в связи с заболеваниями опорно-двигательной системы.

Московским профессиональным объединением мануальных терапевтов в лице: Копылова А.Г., Малаховского В.В., Минахина А.А., и др., под руководством д.м.н., А.Е. Саморукова - президента Российской Ассоциации общественных объединений врачей мануальной медицины создана научно-исследовательская, восстановительно-оздоровительная программа «Школа Осанки», в ней сделан упор на комплексную, поэтапную реабилитацию детей с функциональными нарушениями осанки на поликлиническом этапе - самом первом звене в профилактике заболеваний опорно-двигательной системы у детей и подростков.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОРГАНИЗАЦИОННОГО СТРЕССА У СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

М.В. Корехова, И.А. Новикова, А.Г. Соловьев
Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова, Архангельск, Россия
Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Профессиональная деятельность специалистов экстремального профиля деятельности сопряжена с множеством психических и физических нагрузок, способствующих развитию организационного стресса.
С целью разработки рекомендаций по психологической профилактике организационного стресса у специалистов экстремального профиля деятельности нами было обследовано 155 сотрудников органов внутренних дел (ОВД) по Архангельской области; средний возраст – 33,6±7,6 лет (M±σ).
Использовался экспериментально-психологический метод исследования: шкала организационного стресса Мак-Лина, многоуровневый личностный опросник «Адаптивность», опросник «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко, копинг-тест Р. Лазаруса и С. Фолькмана, цветовой тест М. Люшера, методика «Таблицы Шульте».
В результате проведенного исследования, установлено, что 32,9 % сотрудников обладают высоким уровнем организационного стресса. Данные сотрудники характеризовались сниженными адаптационными способностями, склонностью к профессиональному выгоранию, признаками психической дезадаптации, трудностями в установлении межличностных отношений, преобладанием негативных астенических переживаний, неуверенностью в своих силах, утомляемостью, истощаемостью, отсутствием стремления соблюдать общепринятые нормы поведения, импульсивностью, конфликтностью, тенденцией к использованию неадаптивных копинг-стратегий, низкой общей эффективностью внимания и психической устойчивостью. По данным корреляционного анализа с увеличением показателя организационного стресса происходит снижение адаптационных способностей, поведенческой регуляции, коммуникативного потенциала, моральной нормативности, усиливаются проявления депрессии, импульсивности, падение общего энергетического тонуса и снижение устойчивости нервной системы, нарастает истощение, усиливается напряжение неадаптивных копинг-стратегий (конфронтация, дистанцирование, избегание) ($p \leq 0,05$).
Профилактика организационного стресса должна осуществляться комплексно. К организационным мерам можно отнести улучшение организационного климата в коллективе и оказание психологической помощи персоналу. Понимание негативных последствий чрезмерного стресса будет способствовать выработке у руководителей мышления, при котором все события проходят стресс-мониторинг, выявляя негативные последствия и разрабатывая меры профилактики, смягчения и уменьшения последствий стрессов. Важнейшим средством достижения этих целей служит создание благоприятной организационной среды. К социальным мерам – мониторинг социально-психологического климата в коллективе и тренинговые занятия (тренинг уверенности в себе, принятия решений, коммуникативный и т.д.). К индивидуальным мерам ослабления и предотвращения негативного воздействия стресса можно отнести, прежде всего, умение расслабляться, модификация поведения, а также поддержание физического, психического здоровья и физической активности. Профилактика стрессами на индивидуальном уровне включает в себя профилактику стрессогенных факторов, уменьшение напряжения от неизбежных стрессоров и организацию системы преодоления их негативных последствий. Для снижения уровня стресса можно рекомендовать следующие мероприятия: аутогенную тренировку, методы релаксации, методику биологически обратной связи, дыхательную гимнастику, музыкотерапию, физические упражнения, индивидуальную психотерапию, физиотерапевтические мероприятия (массаж, сауна) и др.
Полученные результаты исследования необходимо учитывать при разработке программ психологического обеспечения деятельности специалистов экстремального профиля.

ПСИХОТЕРАПИЯ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ КЛИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПАТОЛОГИЧЕСКОМ СИМБИОЗЕ

С.В. Котов, Л.П. Катрасева
ФГБУ национальный научный центр наркологии МЗ РФ,Москва, Россия

Говоря о симбиозе мы, прежде всего, подразумеваем патологический симбиоз, где в пару с зависимым клиентом входит родитель или супруг. Патология в этом случае проявляется в виде перерождения симбиоза в паразитизм и, в конечном случае, физическую и личностную деградацию (гибель) зависимого.
Зависимый, находясь в патологическом симбиозе, стремится к удовлетворению амбивалентных стремлений, необходимых ему для адаптации, а иногда и выживания:
С одной стороны сохранить поддержку от членов семьи своих бессознательных потребностей;
с другой - желание избавиться от контроля и преследования со стороны родных и близких, стремясь к состоянию свободы и автономии.
Амбивалентные стремления создают тупиковую ситуацию для зависимого, которую он разрешает «уходом» в употребление психоактивных веществ. Что в действительности не только не разрешает тупиковой ситуации, а усугубляет ее.
В состоянии опьянения у зависимого возникает ощущение освобождения от влияния родительских фигур. Снижение их контролирующих функций, в свою очередь, приводит к освобождению Внутреннего Ребенка. С одной стороны в

состоянии опьянения у зависимого возникает ощущение автономности, с другой - употребление психоактивных веществ приводит к состоянию беспомощности, характерной для состояния жертвы в психологической игре «Треугольник Карпмана». В результате возникает патологический круг состояний зависимого, разорвать который он часто не в состоянии. С очередным прохождением круга, степень психологической игры может увеличиваться. Игры третьей степени, по мнению Берна, «проигрываются в суде, на операционном столе или в морге».

Исходя из вышеуказанного, экологический выход из патологического симбиоза является важным этапом в психотерапии зависимых. Важной задачей этапа является признание потребностей Внутреннего Ребенка зависимого и удовлетворение этих потребностей безопасным путем. Второй, не менее важной задачей, является укрепление Взрослого эго-состояния зависимого через повышение ответственности за свою жизнь. При этом необходимо развить и сохранить во Внутреннем Ребенке состояние безопасности и доверия к процессу. Эти задачи необходимо решать на фоне снижения токсичности Внутреннего Родителя и сепарации от внешней родительской фигуры, что является третьей важной задачей терапии.

Пути нивелирования характерных проблем процесса терапии зависимых:

- паритетное разделение ответственности за результат процесса между клиентом и терапевтом поможет уменьшить безответственность клиента в стремлении переложить ответственность на терапевта;
- привлечение внимания клиента к соблюдению достигнутых соглашений и терапевтического контракта позволит повысить его ответственность за выполнение соглашений;
- обязательное соблюдение терапевтом обговоренных правил взаимодействия поможет ему держать границу с клиентом при попытке их нарушения со стороны последнего;
- приоритетное соблюдение интересов клиента, а не его близких, позволит избежать двойных отношений.
- контролирование процесса терапии, в частности предпринимаемые клиентом попытки создания с терапевтом привычной симбиотической связи позволит сохранить автономность терапевта;
- учитывая высокую прогредиентность болезней зависимости, наиболее эффективной психотерапией является психотерапия обоих членов симбиотической пары.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Е.А. Крадинова, А.И. Крадинов, В.А. Черноротов

Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского, Симферополь, Республика Крым

Крымский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова, Симферополь, Республика Крым

Остеохондроз шейного отдела позвоночника (ОШОП) стоит на первом месте среди социально значимых заболеваний в период активной трудовой деятельности и занимает третье место в общей структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности, на его долю приходится до 40% неврологической и ортопедической патологии. Это обосновывает поиск новых методов лечения и реабилитации пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Проблема медикаментозной терапии сосудистых поражений головного мозга далека от разрешения, так как проводимое лечение не всегда оказывает ожидаемый эффект.

Поэтому, с целью комплексного воздействия на этиопатогенетические факторы лечебными климато-физиотерапевтическими комплексами проведен анализ эффективности восстановительного лечения в зависимости от исходных данных дегенеративно-дистрофического поражения шейных позвонков и кровообращения в позвоночной артерии

Материал и методы исследования. Обследованы, больные с клинико-неврологическими синдромами, характерными для остеохондроза шейного отдела позвоночника с локальными и гемодинамическими нарушениями в вертебро-базилярном бассейне (93 чел.), направленные на санаторно-курортную реабилитацию, в возрасте от 25 до 74 лет (средний – 49,4±5,3 года). Восстановительное лечение проводилось в ГУ «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии имени И.М. Сеченова». Всем больным проведено клинико-вертебро-неврологическое, рентгенологическое и лабораторное обследование. Большинству из них (92 %) по месту жительства проводилось стационарное (в неврологическом или терапевтическом отделениях) или амбулаторное лечение.

Клинико-вертебро-неврологическое обследование включало: оценку степени выраженности болевого синдрома и степени нарушения вертебродинамики; определение двигательных, чувствительных, вегето-трофических расстройств; определение признаков «заинтересованности» спинномозговых структур; определение экстравертебральных причин, формирующих вертебровисцеральные симптомы.

Рентгенография шейного отдела позвоночника проводилась с центрацией луча на С4-С5 в двух взаимоперпендикулярных проекциях, с функциональными пробами. По показаниям проводились компьютерная и магнитно-резонансная томографии (КТ и МРТ) шейного отдела позвоночника, дуплексное сканирование с исследованием позвоночных артерий.

Лабораторные методы: общеклинический анализ крови, мочи, анализ крови на острофазные реакции (фибриноген, сиаловые кислоты, общий белок и его фракции).

Для успешного лечения больных с вертебро-базилярной недостаточностью (ВБН) необходима одновременная коррекция всех механизмов развития, включая нормализацию кровообращения по магистральным сосудам головы, сосудистых реакций, функционального состояния головного мозга, включая его глубинные структуры, центры

вегетативной регуляции, восстановление двигательного стереотипа, купирование болевого синдрома и его составляющих (явления реактивного воспаления, мышечной ригидности и др.)

С этой целью дополнительно к базовому лечебному комплексу, применяли: лечебную гимнастику (дифференцировано), хвойные ванны, СМТ на воротниковую зону.

Лечебная гимнастика: при болевом синдроме применяли упражнения для растяжения позвоночника, а после снижения или устранения болевых ощущений - упражнения для укрепления мышц, поддерживающих позвоночник. При нестабильности на этапе прогрессирования использовались упражнения изометрического характера, далее – упражнения, направленные на укрепление мышечного корсета.

Физические упражнения, выполняемые в изометрическом режиме, способствовали коррекции нарушенных взаимоотношений между сегментами позвоночника, активному деблокированию нервных корешков и уменьшению выпячивания дисков, устранению мышечных контрактур и низкой подвижности суставов, увеличению подвижности позвоночного столба, исправлению его искривлений и дефектов осанки. Они обеспечивают разгрузку позвоночного столба и стимулируют регенерацию нервов.

Хвойные ванны, Т 34-35°, 10-12 минут, через день, № 10-12.

Синусоидальные модулированные токи (СМТ) на воротниковую область. Параметры воздействия – режим переменный, III-IV род работ, частота модуляции 100 Гц, глубина модуляции 75%, плотность тока 0,04 мА/см², по 5-7 минут каждым РР. Общее время процедуры 10-15 минут, на курс лечения 10 процедур, по одной процедуре ежедневно.

Назначение климато-физиотерапевтического комплекса данной группе заключалось в использовании лечебного комплекса в зависимости от исходных данных дегенеративно-дистрофического поражения шейных позвонков и кровообращения в позвоночной артерии.

Поэтому, в сравнительном аспекте оценена эффективность данного комплекса в 2 группах: 1 гр. - больные с экстравазальной компрессией на фоне спондиллогенной ВБН (33 чел.); 2 гр.- сочетанной компрессией на фоне ВБН (30 чел.)

Результаты и их обсуждение. Анализ клинико-неврологических проявлений выявил: а) вертебро-базиллярный синдром вертебральной артерии 58 (14,5%) больных; б) вестибуло-атактический синдром 26 (7,2%) больных; в) кохлеарно-вестибулярный синдром 10 (2,5%); г) транзиторно-ишемические атаки 25 (6,2%) больных; д) синдром вегетативных нарушений 16 (15%), как правило, сочетался с одним из указанных синдромов ПА; е) офтальмологический синдром 10 (2,5 %). Отличительной особенностью клинической картины у пациентов со спондилогенной вертебрально-базилярной недостаточностью является сочетание специфичных вертебральных проявлений шейного уровня (мышечно-тонические, миодистрофические, компрессионные синдромы шеи и плечевого пояса) с цереброваскулярными проявлениями, свойственными поражению вертебрально-базилярного бассейна. Больные поступали на санаторно-курортный этап реабилитации в стадии ремиссии, после интенсивного комплексного медикаментозного лечения в неврологическом стационаре.

Проведенный комплекс обследований и лечения доказал, что эффективность лечения больных со спондилогенной вертебро-базилярной недостаточностью ВБН связан с качеством и ранней диагностикой патологии при ОШОП с применением стандартизированного комплексного обследования (функциональная рентгенография, магнитно-резонансная томография, динамическая ультразвуковая допплерография) у пациентов с вертебральными жалобами и прогрессирующими клинико-неврологическими проявлениями. Профилактика должна быть основана на динамическом наблюдении с детского возраста за пациентами с ОШОП с оценкой состояния церебральной гемодинамики. Соблюдение этих правил, как показали исследования, у больных с ОШОП, поступающих на этап восстановительного лечения способствовали расширению и адекватной профилактике (до 27.8%) формирования ВБН у взрослых

Определяя критерии эффективности санаторной реабилитации больных с вертебробазилярной недостаточностью, проведенные диагностические исследования выявили, что у 79% больных ведущее место в патогенезе занимали дегенеративно-дистрофические процессы шейного отдела позвоночника, аномальные процессы со стороны позвонков (С3,С4,С5), изменения по типу гипоплазии вертебральной артерии (21%), что способствовало нарушению кровотока в позвоночных артериях.

Указанные изменения относили к группе компрессионных сужений позвоночных артерий, возникающих под влиянием различных внесосудистых причин, объединяемых термином «синдром позвоночной артерии» (СПА). В МКБ-10 синдром позвоночной артерии рассматривается под шифром G 99.2 и включает в себя клинику задне-шейного симпатического синдрома с эпизодами вертебробазилярной недостаточности (24,4%), дроп-атак.

В сравнительном аспекте у больных со С-ВБН средние значения величины показателей кровотока каротидных артерий в целом существенно не отличались от референтных показателей и показателей, полученных у лиц контрольной группы, за исключением тенденции к некоторому повышению скорости кровотока в экстракраниальных сонных артерий. Показатели ТАМХ в V2 сегменте каузальной ПА были снижены до 14,15±3, 7 см/с ($p<0,001$). Одновременно определялось достоверное увеличение ТАМХ в контралатеральной ПА до 24,9±7,0 см/с ($p<0,001$), что оценивалось как компенсаторная реакция. Определено закономерное снижение Vps в каузальной ПА до 51, 3±16,9 мл/мин. ($p<0,001$) и увеличение Vps в контралатеральной ПА до 114,2±32,69 мл/мин. ($p<0,001$). Асимметрия Vps по ПА составила 46,40±15,13% и асимметрия Vps 61,25±16,31%, что достоверно выше контрольных показателей ($p<0,001$).

Уровень компенсаторных возможностей артерий мозга у больных со спондилогенной ВБН подтверждался суммарной Vps по обеим ПА, близкой к таковой у лиц контрольной группы, соответственно 165,2±48,70 мл/мин и 181,95±48,55 (p>0,05).

Изучена корреляционная зависимость степени гемодинамических нарушений, выявленных в экстракраниальных отделах вертебрально-базилярной системы у больных с различной продолжительностью заболевания. Так, коэффициент корреляции по Пирсону между Vps в каузальной ПА (V2) у пациентов с продолжительностью заболевания менее 4 месяцев составил 0,27, что отражало хорошие адаптационные возможности и резервы компенсации кровообращения в вертебрально-базилярной системе. По мере увеличения продолжительности от 4 до 12 месяцев заболевания корреляционная зависимость становится несколько более четкой, составляя 0,35 и 0,42 между Vps в каузальной ПА. Аналогичной тенденции усиления зависимости отчетливо не отмечается для показателей Vps в каузальной ПА (0,33 и 0,46 в первом и втором сегментах). Увеличение корреляционной зависимости показателей Vps в V3 сегменте ПА по мере увеличения продолжительности заболевания отражало истощение адаптационных механизмов в вертебрально-базилярной системе.

Следовательно, схожесть клинических проявлений в 1 и 2 группах, может быть объяснена общностью некоторых параметров функциональной характеристики различных патогенетических вариантов ВБН. У всех пациентов с вертебрально-базилярной недостаточностью отмечалось снижение Vps преимущественно в одной из позвоночных артерий (каузальной). Именно эти параметры наиболее часто оцениваются при ультразвуковой допплерографии магистральных артерий головы.

Такие результаты, являются достаточными для подтверждения наличия недостаточности кровообращения в вертебрально-базилярной системе. Однако, определяющее значение при исследовании экстракраниального отдела вертебрально-базилярной системы имеет увеличение Vps в контралатеральной ПА. В проведенных исследованиях у больных 1 гр. Vps оставалась в пределах нормы, в тоже время во 2 гр. отмечено повышение этого показателя.

После проведенного лечения положительный эффект курса комплексного лечения у пациентов 1 гр. отмечен у 80,5%, у пациентов 2 гр. - в 53,2%.

Отмечалось редуцирование ранее беспокоящих жалоб, при этом у пациентов I группы координационные расстройства сохранялись лишь в 10,0% случаев, горизонтальный нистагм - в 16,2%, неустойчивость в позе Ромберга - в 23,6% случаев. Во 2–ой гр. у пациентов координационные расстройства сохранялись у 24,3% пациентов, горизонтальный нистагм — в 26,6% случаев, неустойчивость в позе Ромберга - в 48,5% случаев.

При последующем опросе положительный результат комплексного лечения с применением климато-физиотерапевтического комплекса в зависимости от исходных данных дегенеративно-дистрофического поражения шейных позвонков и кровообращения в позвоночной артерии сохранялся в полугодовалый период наблюдения после лечения у 88,7% пациентов с 1 гр., а во 2 гр. у 63,1% пациентов.

После курса лечения как в 1, так и во 2 группах было отмечено существенное снижение болевого синдрома по методике ВАШ, Однако достоверно более выраженный регресс болевого ощущения был отмечен в I группе (p<0,05).

По данным основных показателей кровотока в позвоночных артериях у пациентов со ВБН до лечения (1 группа) скорость кровотока и индекс RI, указывающий на изменение эластико-тонических свойств сосудистой стенки в сегменте V1 были сопоставимы со здоровыми, а в сегменте V2 определены достоверный дефицит кровотока, увеличение индекса RI и сужение диаметра ПА. После лечения при воздействии на краниоцервикальное сочленение и рефлексогенную зону С7–Д2 скорость кровотока в V2 увеличивалась, но оставалась ниже, чем у здоровых. Диаметр ПА после лечения увеличивался, индекс снижался, что можно расценивать как уменьшение вазоспазма, при этом скорость кровотока в V4 после лечения была сопоставима со здоровыми.

Во 2 группе до лечения определено достоверное снижение скорости кровотока по всем сегментам за счет сочетанных, в т. ч атеросклеротических изменений (в основном в устье), вызывающих сужение диаметра сосуда. После лечения достоверного изменения показателей кровотока не получено.

Выводы. Результаты исследований показали, что клинико-неврологический диагноз, у больных, поступивших на восстановительное лечение, может быть установлен только по совокупности клинических, неврологических, современных лучевых рентгенологических методов исследования (СКТ, МРТ), ультразвукового дуплексного сканирования, позволяющих определить нарушения в костных, мягко-тканных структурах ШОП, вертебральных и интракраниальных сосудах и в структуре головного мозга. Указанный принцип комплексности обследования должен лежать в основе стандартизации диагностики поражений ШОП и дифференцированного лечения.

У больных с синдромом вертебро-базилллярной недостаточности в группе с экстравазальной компрессией (1 гр.) санаторно-курортное лечение с комплексным применением ЛФК, синусоидальных модулированных токов, бальнеолечения способствовало улучшению тонуса сосудов, преимущественно в вертебро-базиллярном бассейне, а при воздействии на краниоцервикальное сочленение и С7–Д2 в бассейне ПА за счет снижения индексов RI (p<0,05) и PI (p<0,05) в позвоночной артерии (левой), повышения Vps в вертебрально-базиллярном бассейне. Во 2 группе больные с синдромом вертебробазиллярной недостаточности улучшений кровотока не выявлено. Сохранялось нарушение кровотока за счет сочетанного поражения по типу интравазального стеноза в позвоночной артерии

Это и определило дифференцированный принцип назначения лечебных комплексов и коррекцию в т. ч. по ограничению применения активной физиотерапии (СМТ, массаж, бальнеолечение).

Литература.

1. Абельская И.С. Роль лучевой диагностики на этапе медицинской реабилитации при дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника/И.С. Абельская// Мед.радиология.- 2007.- №1. - с. 45-48.

2. Михайлов А.Н. Новые технологии в медицине: диагностика, лечение и реабилитация/А.Н. Михайлов// Материалы научно-практич. конф. - в. 2 т. - 1-2. - Мн. 2002.- с 29-34.

3. Спузяк М.І., Шармазанова О.П. Рентгенодіагностика захворювань хребта. - Х.: Крокус, 2004. Харьків.- 170 с.
4. Черноротов В.А. Рентгенологическая симптоматика и гемодинамические данные при остеохондрозе шейного отдела позвоночника у пациентов, поступивших на санаторно-курортную реабилитацию. Тавр. медико-биол. вестник. Научно-практический журнал. Том 15. № 4.(60). 2012. с. 371-374.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ И БАЛЬНЕОЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Е.А. Крадинова, С.А. Землянов, О.Ч. Хаджиев
Крымский Государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского, Симферополь, Республика Крым
Клинический санаторий «Приморье», Евпатория, Республика Крым

Цель исследования. Повышение эффективности терапевтических мероприятий и методов реабилитации больных гипертонической болезнью с использованием психотерапевтического опосредования и потенцирования при формировании модификации здорового образа жизни.
Задачи. Разработать диагностические и лечебные подходы к ведению больных ГБ II стадии в санаторно-курортных и амбулаторных условиях. Оптимизация лечения путем назначения психотерапевтического потенцирования и опосредования бальнеолечения на примере хлоридных натриевых хвойных ванн и групповой психотерапии.
Материал и методы. 239 пациентам с гипертонической болезнью II ст. проведен анализ изменений показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД), вариабельности сердечного ритма (ВСР), психометрические тесты (опросник САН, шкала Спилбергера-Ханина, опросник качества жизни SF–36, диагностический комплекс, состоящий из 3-х частей (авторская методика): тест медицинский показатель качества жизни (МПКЖ), фрустрационный показатель качества жизни (ФПКЖ), визуально-аналоговая шкала нарушенных отношений личности (НОЛ)) у больных гипертонической болезнью (ГБ) II стадии.
Результаты исследования. По результатам 3-х летнего рандомизированного клинического исследования 239 пациентов с гипертонической болезнью I - II ст. разработано клинико-физиологическое обоснование нового комплекса психофизической реабилитации в санаторно-курортных условиях. Все пациенты были разделены на 4 группы по методам лечения: группа №1 получала базовую терапию; гр. №2 - на фоне базовой терапии - групповую психотерапию; гр. №3 - на фоне базовой терапии бальнеотерапию с психотерапевтическим воздействием; гр. №4 - на фоне базовой терапии - групповую психотерапию, бальнеотерапию и психотерапевтическое воздействие. Хвойные ванны применяли на минеральной воде минерализацией солей 17,2 г/л, по 15 минут, Т 36-370, через день, № 10. Для оптимизации методов реабилитации пациентов с гипертонической болезнью предложен аудиальный психотерапевтический способ для опосредования и потенцирования терапевтического действия хвойных ванн, в виде процедуры с использованием радиотехнических средств. Сопоставление исходных показателей СМАД и их изменений в динамике выявило снижение средних значений артериального давления в целом за сутки во всех группах обследованных($p<0,05$). Изменились показатели психоэмоционального статуса по результатам тестирования с наибольшей динамикой в группе №4, ($p<0,05$). Анализ корреляционных взаимосвязей между группами показал, что вопросы опросников коррелируют друг с другом в пределах своей шкалы ($p<0.01$), при этом имеют более высокие коэффициенты корреляций со своими шкалами, чем с другими шкалами ($p<0.01$; $r=0.4$-0.8), а также с соматическими симптомами в 4 группе.
Выводы. Обоснован комплексный подход с применением психотерапии при лечении пациентов с гипертонической болезнью в условиях санатория с этиологической, симптоматической и профилактической направленностью. Применение психотерапевтического воздействия в записи при всех формах санаторно-курортного лечения с предварительной подготовкой пациентов дает возможность многократно увеличить объем психотерапевтической помощи при тех же кадровых ресурсах.

ПРОЕКТ «УНИВЕРСИТЕТ ТРЕТЬЕГО ВОЗРАСТА» КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ И АДАПТАЦИИ ПЕНСИОНЕРОВ И ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Н.В. Круглова
БГУ, Минск, Республика Беларусь

Минский городской Университет третьего возраста – проект, реализуемый Ассоциацией белорусских социальных работников, в сотрудничестве с обществом «Взаимопонимание», Комитетом по труду занятости и социальной защите Мингорисполкома, Государственным институтом управления и социальных технологий Белорусского государственного университета, Программой развития ООН в области народонаселения и при финансовой поддержке Фонда «Память, ответственность и будущее».
Цель проекта. Помощь в реабилитации и адаптации пожилых людей в возрасте 55+
Задачи проекта. Содействие по вовлечению в социум пожилых людей в возрасте 55+, в том числе, жертв национал-социалистских преследований и сталинских репрессий, проживающих в г. Минске, повышению их активности и качества жизни посредством обеспечения деятельности Университета третьего возраста как площадки постоянного диалога поколений, создания условий для развития социальных контактов и творческой активности пожилых минчан.

В университете третьего возраста (УТВ) планируется деятельность 4-х факультетов: информационно-коммуникационных технологий; лингвистического; факультета социальной работы и психологии; журналистики. Факультет Информационно-коммуникационных технологий начинает работу уже весной этого года, остальные факультеты начнут осуществлять свои программы с осени.
Учебные программы предусматривают занятия 2 раза в неделю по 2 академических часа в течение трёх месяцев. В рамках университета планируется также создание информационного центра для обеспечения координации работы сотрудников, стажёров и волонтёров факультетов, а также для информационной поддержки деятельности инициативных групп проекта и пожилых минчан об интересных мероприятиях в городе. С этой же целью предполагается выпуск электронного бюллетеня УТВ для пожилых людей и специалистов социальной сферы.
Хорошую информационную базу для обучающихся обеспечит электронная библиотека, содержащая более 3000 публикаций и электронный фонд аудиокниг, сформированный в рамках проекта. Кроме учебных занятий в рамках УТВ будут проводиться конкурсы, капустники, вечера отдыха, ток-шоу, экскурсии, а также скайп-конференции с участниками аналогичных проектов в других городах. Планируется организовать и дистанционные курсы для тех, кому по каким-либо причинам трудно посещать занятия на базе социальных центров.
В проекте в качестве преподавателей и методистов будут участвовать не только активные пожилые люди и социальные работники, но и студенты старших курсов минских ВУЗов. А это будет способствовать активному диалогу между поколениями, что также является целью данного проекта.
Как и в настоящем университете, после успешного окончания обучения слушатели получат сертификаты, подтверждающие уровень приобретенных знаний. Это позволит выпускникам УТВ на волонтёрских началах проводить обучение по соответствующему курсу других пожилых людей. Это важно в работе с немобильными пожилыми людьми, для которых обучение на дому работе на компьютере и иностранным языкам откроет возможность общаться в Интернет-пространстве, что значительно повысит уровень их включения в социальную жизнь.
В качестве пилотного проекта в мае 2014 года состоялся первый выпуск группы в количестве 200 студентов категории «55+». Сегодня они получат сертификат о том, что закончили Университет третьего возраста. Три раза в неделю несколько часов они занимались по своим дисциплинам.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИСТАЛЛОТЕРАПИИ У ЛИЦ В УСЛОВИЯХ ДЕЗАДАПТАЦИИ

К.Д. Круглянин
Медицинский центр ООО «Амрита», Москва, Россия

Перемещение людей часто связано со сменой часовых поясов, климатических условий, что приводит к напряжению, а иногда истощению адаптационных ресурсов. Так как вегетативная нервная система является одним из главных участников адаптации организма к изменениям внешней среды и внутреннего гомеостаза, нарушение функции вегетативной нервной системы неизбежно в случаях кратковременной смены условий жизни, особенно у лиц, уже имевших в анамнезе подобные нарушения.
Ввиду широкой популяризации в мировой медицинской практике применения нелекарственных методов лечения, в частности, кристаллотерапии, представляется актуальным оценка эффективности данного метода для коррекции вегетативных нарушений в условиях дезадаптации.
Кристаллотерапия - это метод оздоровления человека, основанный на применении драгоценных и полудрагоценных минералов аппликационным методом, на различные участки тела. Чаще всего используется аппликация минералов на основания фаланг пальцев левой или правой кисти. Анализ научной литературы показал, что при своей широкой популярности за рубежом этот метод недостаточно исследован в рамках доказательной медицины.
В связи с вышеизложенным, было проведено слепое плацебо-контролируемое исследование с применением такого минерала, как красный гранат, аппликационным методом на основание фаланги 4 пальца левой или правой кисти у лиц в условиях кратковременного изменений условий жизни (климат, часовые пояса и др.), имевших в анамнезе диагноз ВСД, без серьёзной терапевтической и хирургической патологии.
Нами проводилась оценка состояния вегетативной нервной системы в первые дни после приезда на отдых в г. Анапу, а также через 10 дней, перед отъездом домой. Исследование проводилось с помощью методов медицинского интервьюирования, активной ортоклиностатической пробы, измерения артериального давления, ЧСС, антропометрических данных, Гиссенского опросника, анкеты Вейна, расчёт индекса Кердо, осуществлялся сбор погодно-климатических параметров и оценка их вклада в дезадаптацию. Проводился анализ и статистическая обработка полученных данных.
В результате анализа данных была выявлено статистически достоверное преимущество динамики изменения состояния вегетативной нервной системы в группе «красный гранат», в отличие от группы «плацебо» и контроля. Таким образом, можно сделать вывод о возможности применения метода нелекарственного лечения кристаллотерапии в рамках восстановительной медицины для коррекции вегетативных нарушений у лиц в условиях дезадаптации. Кроме того, выявлена необходимость сравнить эффективность данного метода с методами восстановительной медицины, в частности с рефлексотерапией.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАБИЛОМЕТРИИ ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ДОМИНИРУЮЩЕГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИСПЫТУЕМЫХ

А.Б. Крупнова
ННОУ ВПО Московский Гуманитарный Университет, Москва, Россия

Современные профессии включают в себя виды деятельности, связаны с большой нагрузкой на человека, усложнение техники с одной стороны облегчает его труд, а с другой стороны условия ее эксплуатации, предъявляют повышенные требования к человеку. Кроме того значимость деятельности и ответственность за ее результат, большой поток информации, работа в ночное время суток, не соблюдение режимов труда и отдыха, часто приводит к состояниям характеризующимся высоким уровнем перенапряжения и истощения резервов организма. Вследствие этого снижается работоспособность и профессиональная надежность, что в свою очередь может привести к большим материальным и человеческим потерям.

В связи с этим актуальными являются проблемы ранней диагностики состояний психоэмоционального напряжения, оценки эффективности профилактических, коррекционных и реабилитационных мероприятий. На сегодняшний день, существует ряд методов и методик, которые позволяют объективно оценить актуальное, доминирующее состояние человека, однако некоторые из них являясь ценными и информативными, являются сложными в исполнении, обработке и интерпретации данных. Результаты других могут зависеть от мотивации испытуемых, что делает эту оценку субъективной.

Мы предположили, что дополнительным объективным метод оценки состояний психоэмоционального напряжения, может стать метод стабилометрии, основные преимущества которого, заключаются, в экологичности для испытуемого, минимальном времени и простоте измерения, независимости от мотивации и сложность искажения результатов со стороны испытуемого. Кроме того стабилометрия позволит проводить диагностику индивидуально-психологических качеств которые оказывают непосредственное влияние на степень выраженности признаков психоэмоционального напряжения.

В целях исследования взаимосвязи индивидуально-психологических характеристик с показателями стабилометрии, было проведено исследование, в котором приняли участие 124 испытуемых мужчин и женщин от 24 до 45 лет, средний возраст которых составил 34,5 года. Предварительно проводилось групповое тестирование, клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К.Яхина и Д.М.Менделевича; опросник диагностики синдрома профессионального выгорания В.В.Бойко.

В процессе стабилометрии осуществлялось исследование особенности функции поддержания вертикальной позы, рассматривался интегральный показатель поддержания функции равновесия (КФР), а также рассматривались разность показателей КФР при открытых и закрытых глазах. Использовался аппаратно-программный комплекс Стабилан-1 производство ЗАО «ОКБ РИТМ» (г. Таганрог).

Обработка результатов проводилась стандартными средствами вариационной статистики.

Выявлены значимые различия ($p>0,05$) между группами лиц обладающих: высокими и низкими показателями по шкалам опросника В.В. Бойко - истощение ($p>0,001$); резистентность ($p>0,05$); эмоциональное выгорание ($p>0,01$); высокими и низкими показателями оценки невротических состояний - тревоги (0,01); астеничности ($p>0,01$); вегетативных нарушений ($p>0,01$); высокими и низкими показателями соотношений спектральных мощностей VLF ($p>0,05$), LF ($p>0,001$) и HF ($p>0,05$) компонентов ритма сердца. Из комплекса показателей стабилометрии рассматривались КФР пробы с открытыми и закрытыми глазами.

Установлено, что характерные особенности неосознаваемых психомоторных реакций, в частности качество функции поддержания равновесия (КФР) может использоваться, как дополнительный показатель объективизации субъективной самооценки состояний испытуемых, позволяющий минимизировать вероятность коррекции испытуемыми результатов исследования, объективно оценивать уровень выраженность психоэмоциональных состояний и уровень активированности коры и нижележащих структур головного мозга.

Показатель качества функции поддержания равновесия (КФР) дает возможность прогнозировать изменение состояний под воздействием различных факторов.

Литература.

Звоников В.М., Люцкий И.М., Усачев В.И. Возможности компьютерной стабилографии в оценке функционального состояния человека: сб. статей по стабилографии /отв. ред. С.С. Слива. Таганрог: ЗАО «ОКБ «РИТМ», 2005. С. 88–89.

Звоников В.М., Масленникова Е.И. Стабилометрическая оценка уровня развития психических образов человека в процессе определения готовности к профессиональной деятельности // Вестник Черниговского национального педагогического университета. 2011.№ 91. С. 169–173.

Слива С.С. Отечественная компьютерная стабилография: технический уровень, функциональные возможности и области применения // Медицинская техника. 2005. № 1.С. 32–36.

Флейшман А.Н. Вариабельность ритма сердца и медленные колебания гемодинамики: нелинейные феномены в клинической практике/А.Н. Флейшман, Новокузнецкий гос.инс-тут усов.врачей, Учр Рос.акад.наук, НИИ комплексн. пробл.гигиены и проф.заболеваний Сиб.отд-ния РАМН. – 2-е изд., испр.и доп. – Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2009. – 194с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАССИЧЕСКОЙ ГОМЕОПАТИИ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОСАРКОМЫ БЕДРА

И.Ф. Кузьмина
Клиника классической гомеопатии им. С. Ганемана, Москва, Россия

Фибросаркома - одна из наиболее агрессивных злокачественных опухолей человека. Современным стандартом ее лечения у взрослых является хирургическое лечение, сочетающееся с адьювантной рентгенотерапией и/или полихимиотерапией. Прогноз заболевания относительно хороший: пятилетняя выживаемость у 65-80% больных. Основными проблемами остаются ранее метастазирование и бурное течение и тот факт, что у 30-40% пациентов опухоль может оказаться химиорезистентной, кроме того рецидивы встречаются в 75%. Исходя из вышесказанного поиск альтернативных методов лечения остается актуальным.

Гомеопатия – система медицинской практики, нацеленная на улучшение состояния здоровья организма посредством приема протестированных потенцированных лекарственных средств, которые подбираются индивидуально в соответствии с законом «подобия». Гомеопатическая медицина использует препараты природного происхождения - гомеопатические лекарственные средства (ГЛС) в малых и сверхмалых дозах. достаточных для восстановления защитных механизмов организма и запуска процесса излечения.

Опираясь на богатый клинический опыт зарубежных и отечественных специалистов использования метода классической гомеопатии при лечении онкологических заболеваний, был разработан подход правильного выбора ГЛС способного излечить больного от опухоли и устранить предрасположенность к ее росту. Выбор ГЛС при лечении опухолей намного сложнее, чем при терапии других нозологических форм, т.к. ни одного ГЛС не было испытано на здоровых людях до фазы возникновения у них опухолей. Поэтому для выбора ГЛС при лечении опухолевых процессов, которые являются конечным результатом длительно воздействия на организм человека различных стресс-факторов (психологические стрессы, инфекции, травмы, вакцинации и др.) больше внимания уделяется причине возникновения опухоли и болезненной конституции человека как почвы, на которой вырастает опухоль.

Это наглядно продемонстрировано в представленном случае излечения фибросаркомы бедра и сопутствующего посттравматического повреждения седалищного нерва в результате проведенной реконструктивной операции.

Данный случай один из наиболее убедительных примеров успешного лечения злокачественных опухолевых заболеваний методом гомеопатии с длительным анамнезом

В заключение следует отметить, что лечение подобных больных должно проводиться преимущественно в специализированных клиниках, располагающих современными диагностическими и терапевтическими возможностями, как например, в Швейцарии, чей опыт лечения онкологических заболеваний мы с успехом используем.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КЛАССИЧЕСКОЙ ГОМЕОПАТИИ В ЛЕЧЕНИИ БУЛЛЕЗНОГО ПЕМФИГОИДА

И.Ф. Кузьмина
Клиника классической гомеопатии им. С. Ганемана, Москва, Россия

Иммунная система играет важнейшую роль в обеспечении структурной и функциональной целостности организма, любые нарушения иммунной системы, несомненно делают организм более восприимчивым к возбудителям инфекционных болезней, в том числе к условно- и слабопатогенным; увеличивают вероятность возникновения опухолей. Изменения иммунной системы организма, обусловленные старением, являются предрасполагающим фактором для развития многих заболеваний. Старение ассоциируется с потерей контроля над иммунным ответом и уменьшением функции специфических механизмов. Буллезный пемфигоид - одно из таких заболеваний, развивается, как правило, у лиц старше 60 лет, в том числе как паранеоплазия. Основным принципом лечения является подавление иммунной системы (глюкокортикостероидные препараты, иммуносупрессоры и цитостатики).

С учетом вышеизложенного особую актуальность приобретает поиск и изучение альтернативных методов лечения, способных восстанавливать иммунный статус пожилых пациентов

Как и у многих других аутоиммунных заболеваний, причина возникновения буллезного пемфигоида до сих пор до конца не выяснена. По результату проделанных исследований существует несколько версий, в том числе заболевания почек, следствие заболеваний пищеварительной системы, в качестве одной из причин называют побочные действия приема некоторых видов лекарственных средств.

Гомеопатия – система медицинской практики, нацеленная на улучшение состояния здоровья организма посредством приема гомеопатические лекарственные средства (ГЛС) в малых и сверхмалых дозах. «Рассмотрение биологического значения сверхмалых доз позволяет классифицировать современную гомеопатию, как науку, отражающую основную закономерность природоохранной тактики — сведение до минимума внешних воздействий среды с сохранением прогнозируемого оптимального эффекта» (Н.А.Тушмалова). ГЛС подбираются индивидуально в соответствии с законом «подобия». Закон подобия в классической гомеопатии гласит, что вещество, способное в здоровом организме вызвать симптомы заболевания определенного типа, способно излечить организм больного, у которого наблюдаются те же симптомы болезни. Согласно учению основоположника гомеопатии Ганемана, болезнь является реакцией защитной силы организма на стресс-факторы, т.е. видом компенсации, необходимым для выживания организма в условиях стресса. Болезнь проявляет себя через внешние и внутренние симптомы.

На примере случая излечения пациента с буллезным пемфигоидом показано, каким образом врач-гомеопат анализирует всю совокупность симптомов пациента и выбирает наиболее подходящее для него ГЛС.
Продемонстрирован способ анализа случая с использованием компьютерной программы, а также анализ изменившейся совокупности симптомов в процессе лечения, и смена одного ГЛС на последующее, которое продолжит и завершит процесс излечения.
Если принцип подобия не соблюдается, т.е. совокупность симптомов больного не полностью совпадает с описанием ГЛС, то излечения не наступает, и эффект от гомеопатического лекарства будет временным или частичным.
Наш опыт гомеопатического ведения пациентов позволяет заключить о положительном влиянии гомеопатического метода на иммунную систему. Работа показала эффективность исключительно гомеопатии для лечения буллезного пемфигоида. Лечение может так же сочетаться с применением фармпрепаратов и дополнять их.

КОНЦЕПЦИЯ И РЕАЛИЗАЦИЯ ВИРТУАЛЬНОГО ГОСПИТАЛЯ

П.П. Кузнецов, А.В. Владзимирский
МИАЦ РАМН, Москва, Россия

Новые возможности доступа пациентов к врачам и медицинской информации с применением современных информационно-коммуникационных технологий сформировали концепцию персоноцентрированного (пациент-центрированного) здравоохранения. Биомедицинские услуги в условиях «экономики знаний» (шестого технологического уклада) становятся основой валового глобального продукта и драйвером национальных экономик [1-5]. С комплексным оказанием пациент-центрированных услуг здравоохранения тесно связано понятие «виртуальный госпиталь». В литературе этот термин и его аналоги («virtual clinic/hospital», «eClinic») встречаются с середины 1990х годов. Иногда они используются как синонимы терминов «электронная рецептура», «единое электронное медицинское пространтсво» [12] и т.д., но это, мы полагаем, является явной методической ошибкой. Неоднократно «виртуальным госпиталем» именовали и различные сугубо телемедицинские сети и инструменты (например, системы теледиализа) [13,21,25,27], что также не точно отражает суть термина.
На основе анализа данных литературы можно утверждать, что наиболее обоснованно термин «виртуальный госпиталь» в течение последних 20 лет использовался для обозначения:
- совокупности педагогических средств на основе дистанционного и электронного обучения для до- и последипломного образования в медицине [6,11,14,23,28];
- модели стационар-замещающей формы амбулаторной помощи, постхирургического сопровождения, патронажа и домашней реабилитации на основе телемедицины [7,9,15,18,22,26];
- специальных веб-сайтов, на которых размещены автоматизированные психотерапевтические программы [17,30].
В современном здравоохранении уверенно формируется принципиально новая концепция под названием «виртуальный госпиталь». Теперь это понятие означает комплексный сервис по предоставлению медико-информационных услуг, включающий в себя такие компоненты как:
- тематический веб-сайт,
- социальную сеть пациентов,
- средства коммуникаций с медицинскими работниками
- инструменты домашней (индивидуальной) телемедицины
Иногда к перечисленным инструментам добавляются электронные медицинские записи, удаленно доступные и для самого пациента, а также - автоматизированные системы поддержки принятия решений для медицинских работников [24,29]. Подобные сервисы успешно реализованы во многих странах мира для таких целевых групп, как пациенты с диабетом, ВИЧ-инфекцией, кардиостимуляторами, подростки и молодежь (проблемы сексуального здоровья) и т.д. [8,10,16,19-20,24,29].
На основе анализа мирового и собственного опыта полагаем, что в настоящее время «виртуальный госпиталь» это, прежде всего, средство информационного сопровождения и управления биосоциальным циклом индивида, которое позволяет в полной мере реализовать концепцию пациент-центрированного здравоохранения. По нашему мнению виртуальный госпиталь образуют такие компоненты:
1) Информационные ресурсы, открытые к использованию любыми удобными способами (особая составляющая – программа автоматического эволюционного предоставления нужной информации в определенные периоды биосоциального цикла).
2) Социальные медиа с формированием принципиально новых форм межличностных и профессиональных отношений в системах «медицинский работник – пациент», «пациент – пациент» и др.
3) Распределенная система накопления и анализа информации, связанной со здоровьем, с функцией дистанционного доступа авторизованных лиц (при этом сама информация рассматривается как собственность данного гражданина), физически система реализуется на «облачных»/ГРИД-технологиях.
4) Инструменты индивидуальной телемедицины (по мере развития технологий и биоинженерии должен происходить переход от инструментов в виде отдельных приборов до реализации «умной среды обитания», осуществляющей контроль и фиксацию информации, связанной со здоровьем, без участия самого обследуемого).
5) Средства предоставления медицинских и иных, связанных со здоровьем, услуг в точке необходимости.
Вышеизложенное реализуется нами в проекте «Виртуальный госпиталь «mHealth»« (www.portalramn.ru).

В этом контексте виртуальный госпиталь рассматривается нами как платформа получения медицинских и связанных со здоровьем услуг, которая использует широкий спектр доступных, эффективных и безопасных компьютерно-телекоммуникационных технологий.
Основные задачи, которые решает «Виртуальный госпиталь «mHealth» - это повышение личной ответственности за состояние и контроль собственного здоровья; длительное медико-информационное сопровождение повседневной жизни человека, включающее предоставление медицинской помощи и услуг в любом месте (стране) пребывания человека; снижение рисков повторных многократных госпитализаций, развития преждевременных патологических состояний, различных осложнений и обострений, ранней смерти; оптимизацию и снижение финансовых затрат пациента; стационар-замещающее оказание медицинской помощи; помощь в приобретении медико-биологических услуг на глобальном рынке по оптимальным ценам в соответствии со стандартами объёмов и качества.
Таким образом, виртуальный госпиталь в современном здравоохранении – это пациент-центрированная платформа предоставления услуг по сопровождению биосоциального цикла, а также – по профилактике и реабилитации в привычных условиях жизни.

Литература.

Владзимирский А.В., Першин В.С., Вертыло Н.А., Золотарева Т.В. Обобщение технических средств домашней телемедицины // Укр.ж.телемед.мед.телемат.-2010.-Т.8,№1.-С.107.
Владзимирский А.В. Телемедицина [монография]. - Донецк: Изд-во «Ноулидж» (Донецкое отделение), 2011. - 436 с.
Кузнецов П.П. Реализация интегрированной электронной карты здоровья гражданина / Сб. тр., посвященный 35-летию Кустового МИАЦ и 25-летию кафедры кибернетики и информатики НГИУВ «Роль информатизации в модернизации здравоохранения: состояние, проблемы, перспективы».-Новокузнецк, 2011.-С. 20-23.
Кузнецов П.П., Столбов А.П. Интеграция персональных данных о состоянии здоровья: этапы реализации // Врач и информационные технологии.-2011.-№ 5.-С.31-50.
Кузнецов П.П., Столбов А.П. Формальная модель интероперабельности в федеративных медицинских информационных системах // Информационно-измерительные и управляющие системы.-2010.-№ 12.-С.43-46.
Al-Jasmi F, Moldovan L, Clarke JT. Hunter disease eClinic: interactive, computer-assisted, problem-based approach to independent learning about a rare genetic disease. BMC Med Educ. 2010 Oct 25;10:72.
Ardern-Jones A, Eeles R. Developments in Clinical Practice: Follow up Clinic for BRCA Mutation Carriers: a Case Study Highlighting the «Virtual Clinic». Hered Cancer Clin Pract. 2004 Feb 15;2(2):77-9. doi: 10.1186/1897-4287-2-2-77.
Armstrong N, Hearnshaw H, Powell J, Dale J. Stakeholder perspectives on the development of a virtual clinic for diabetes care: qualitative study. J Med Internet Res. 2007 Aug 9;9(3):e23.
Field M, Grigsby J. Telemedicine and remote patient monitoring. JAMA 2002; 288: 423-427.
Gabarron E, Serrano JA, Wynn R, Armayones M. Avatars using computer/smartphone mediated communication and social networking in prevention of sexually transmitted diseases among North-Norwegian youngsters. BMC Med Inform Decis Mak. 2012 Oct 30;12:120.
Galvin JR, D'Alessandro MP, Erkonen WE et al. The virtual hospital: a new paradigm for lifelong learning in radiology. Radiographics. 1994 Jul;14(4):875-9.
Graschew G, Roelofs TA, Rakowsky S et al. New trends in the virtualization of hospitals-tools for global e-Health. Stud Health Technol Inform. 2006;121:168-75.
Heaney D, Caldow J, McClusky C et al. The introduction of a new consulting technology into the National Health Service (NHS) for Scotland. Telemed J E Health. 2009 Jul-Aug;15(6):546-51.
Horstmann M, Renninger M, Hennenlotter J et al. Blended E-learning in a Web-based virtual hospital: a useful tool for undergraduate education in urology. Educ Health (Abingdon). 2009 Aug;22(2):269.
Jakobsen A, Laursen LC, Ostergaard B et al. Hospital-admitted COPD patients treated at home using telemedicine technology in The Virtual Hospital Trial: methods of a randomized effectiveness trial. Trials. 2013 Sep 3;14(1):280.
Jennings A, Powell J, Armstrong N, Sturt J, Dale J. A virtual clinic for diabetes self-management: pilot study. J Med Internet Res. 2009 Mar 30;11(1):e10.
Klein B, Meyer D, Austin DW, Kyrios M. Anxiety online: a virtual clinic: preliminary outcomes following completion of five fully automated treatment programs for anxiety disorders and symptoms. J Med Internet Res. 2011 Nov 4;13(4):e89.
Kornowski R, Zeeli D, Averbuch M et al. Intensive home-care surveillance prevents hospitalization and improves morbidity rates among elderly patients with severe congestive heart failure. American Heart Journal 1995; 129: 762-766.
León A, Cáceres C, Fernández E et al. A new multidisciplinary home care telemedicine system to monitor stable chronic human immunodeficiency virus-infected patients: a randomized study. PLoS One. 2011 Jan 21;6(1):e14515.
Lowe P, Hearnshaw H, Griffiths F. Attitudes of young people with diabetes to an Internet-based virtual clinic. J Telemed Telecare. 2005;11 Suppl 1:59-60.
Mark DA, Fitzmaurice GJ, Haughey KA et al. Assessment of the quality of care and financial impact of a virtual renal clinic compared with the traditional outpatient service model. Int J Clin Pract. 2011 Oct;65(10):1100-7.
Meade BJ, Dunbar JA. A virtual clinic: telemetric assessment and monitoring for rural and remote areas. Rural Remote Health. 2004 Jul-Sep;4(3):296.
Persky S, Eccleston CP. Impact of genetic causal information on medical students' clinical encounters with an obese virtual patient: health promotion and social stigma. Ann Behav Med. 2011 Jun;41(3):363-72.
Rahman Y, Knape T, Gargan M et al. e-clinic: an electronic triage system for the management of type 2 Diabetes Mellitus. Stud Health Technol Inform. 2004;107(Pt 1):246-50.
Reddy S, Niewiadomska-Bugaj M, Reddy YV et al. Experiences with ARTEMIS-an Internet-based telemedicine system. Proc AMIA Annu Fall Symp. 1997:759-63.

Rosser J, Prosset R, Edga B, Rosser L, Murayama M, Brem H. Evaluation of the effectiveness of portable low-bandwidth telemedical applications for postoperative follow up: initial results. Journal of the American College of Surgeons 2000; 191: 196-203.
Sebera W. Telemedicine as virtual hospital: fiber optics roadways for medical care. Adm Radiol. 1994 Jan;13(1):53-6.
Speedie SM, Niewoehner C. The Minnesota Virtual Clinic: using a simulated EMR to teach medical students basic science and clinical concepts. AMIA Annu Symp Proc. 2003:1013.
Tang WH. Collaboration among general cardiologists, heart failure specialists, and electrophysiologists: what are the barriers? Am J Cardiol. 2007 May 21;99(10A):41G-4G.
Wiersma JE, Titov N, Van Schaik DJ et al. Treating chronic symptoms of depression in the virtual clinic: findings on chronicity of depression in patients treated with internet-based computerized cognitive behaviour therapy for depression. Psychother Psychosom. 2011;80(5):313-5.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

К. Кунанбай, А.К. Кайрбеков, Д.А. Даулетбаев
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан
Городская Клиническая больница №1, Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования. Применение гирудотерапии в профилактике ишемических инсультов у больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА).

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 100 больных с транзиторной ишемической атакой в возрасте от 65 до 80 лет, поступивших на стационарное лечение в неврологическое отделение Городской клинической больницы №1 г. Алматы. Больные были разделены на 2 группы. В первую (основную) группу были включены 52 больных с ТИА, которым на фоне базисной терапии (за исключением антикоагулянтов и антиагрегантов) была проведена гирудотерапия. Во вторую группу (группа сравнения) включены 48 больных с данной патологией, получавших только базисную терапию. Рандомизированные группы по определенной схеме наблюдали в течение 12 месяцев.

Гирудотерапию мы проводили в три этапа:

Первый этап (на 2-ой день болезни). Для больных с ТИА в каротидном или вертебробазиллярном бассейне использовали 7 пиявок на следующие точки: T(XIII)2 (яо-шу), V(VII)27 (сяо-чан-шу), V(VII)23 (шэнь-шу), V(VII)60 (кунь-лунь).

Второй этап (на 5-ый день болезни). Для больных с ТИА в каротидном бассейне использовали 5 пиявок и воздействовали на точки: T(XIII)14 (да-чжуй), PC(BM)9 (тай-ян), TR(X)18 (ци-май).

Третий этап (на 8-ой день). Для больных с ТИА в каротидной системе использовали 6 пиявок симметрично и воздействовали на точки: V(VII)10, VB(XI)21, V(VII)41. Для больных с ТИА в вертебробазиллярном бассейне использовали 5 пиявок и воздействовали на точки: T(XIII)14 (да-чжуй), PC(BM)9 (тай-ян), TR(X)18 (ци-май).

Результаты. Таким образом, курс лечения больных с ТИА составил 18 пиявок, до 6-7 пиявок на один сеанс, при постановке через два дня на третий, на протяжении 10 дней.

Анализ допплерографических результатов по ВСА у больных с ТИА в каротидном бассейне выявил достоверное снижение максимального кровотока на 30,9%, диастолического - на 38,7% и средней скорости на - 36,9%. В ряде случаев при нарушении фазности кривой, наблюдалось увеличение резистивного и пульсативного индексов на 9,1% и 17,6% соответственно.

У больных с ТИА в вертебробазиллярном бассейне (25,8%) среди двух групп зарегистрированы изменения со стороны позвоночных артерий с отклонениями в показателях допплерограммы: снижение систолической скорости кровотока на 31,5%, диастолической составляющей на 39,2% и средней скорости на 37,3%; также выявили увеличение индексов Пурцелота на 9,1% и пульсационного индекса на 16,3% соответственно.

Выводы. Таким образом, анализ клинико–неврологических, лабораторных и инструментальных исследований показал, что гирудотерапия, являясь «фармакопунктурой» с направленным местным воздействием, оказывает положительное влияние на гемостатические процессы, микро- и макрогемо-циркуляцию, имеет ограниченные противопоказания и демонстрирует минимум побочных эффектов.

Применение гирудотерапии обосновано и целесообразно в комплексном лечении больных с ТИА и способствует профилактике развития повторных острых сосудистых катастроф, что является целью лечения данной патологии.

ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОПУНКТУРЫ ГОМЕОПАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

К. Кунанбай, А.К. Кайрбеков, Д.А. Даулетбаев
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан
Городская Клиническая больница №1, Алматы, Республика Казахстан

Цель. Целью работы являлось определение возможностей фармакопунктуры гомеопатическими препаратами, применяемой в комплексе мер по реабилитации больных с дисциркуляторной энцефалопатией I-II ст. (ДЭ), осложненной сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 48 больных, средний возраст 66,5 ±6,4 лет. Все больные с ДЭ были распределены на 2 группы по степени выраженности клинических, клинико-психологических симптомов, уровню сахара крови и степени тяжести СД (инсулиннезависимого): I группа - больные легкой степени тяжести, II группа - больные средней степени тяжести. В клинической картине наблюдались следующие симптомы: головные боли, головокружение, колебание цифр АД, астенические явления, диссомния, эмоциональная лабильность, шум в ушах, нарушение памяти и внимания. Лабораторные показатели выявили повышение глюкозы крови, гиперхолестеринемию. Все больные получали комплексное лечение. Наряду с фармакотерапией (ФТ) и антидиабетическими препаратами использовалась рефлексотерапия (РТ) в виде акупунктуры (АП) и фармакопунктуры (ФП). Действие АП было направлено на стимуляцию биологически активных точек (БАТ) сегментарного и общего действия, степени тяжести, II группа - больные средней степени тяжести. Все больные получали комплексное лечение. Наряду с антидиабетическими препаратами использовалась рефлексотерапия (РТ) в виде акупунктуры (АП) и фармакопунктуры (ФП). Действие АП было направлено на стимуляцию биологически активных точек (БАТ) сегментарного и общего действия, что позволяло сбалансировать деятельность мозга и вегетативной нервной системы, оказать седативный и сахароснижающий эффект. ФП представляла собой введение гомеопатических: Traumeel S, Lymphomyosot, Cerebrum compositum N. Echinacea compositium SN. Терапевтическое действие ФП обусловлено двойным эффектом: действием препарата и пролонгированной стимуляцией точек. В каждой группе в зависимости от проводимых РТ методов лечения в сочетании с медикаментозной терапией были определены 3 подгруппы: 1 - подгруппа получала АП и ФТ; 2 - подгруппа получала ФП и ФТ; и 3- подгруппа сравнения (контрольная) - больные, получавшие только медикаментозное лечение. Для оценки мозговой гемодинамики проводилось исследование микроциркуляторного русла конъюнктивы глазного яблока при помощи щелевой лампы. Рассчитывался индекс конъюнктивальной микроциркуляции (ИКМ) по сумме всех показателей.

Результаты исследования. В результате лечения у больных I и II групп (ДЭ, СД легкой степени и средней степени тяжести) в 1 и 2 подгруппах наблюдалось: купирование общемозговых симптомов, вегетативных проявлений, нормализация сна на 2-3 день в I группе, стабилизация психоэмоционального состояния на 5-7 день во II группе.

Выводы. На фоне проводимого лечения наблюдалось улучшение исследуемых параметров, особенно у пациентов с компенсированной стадией ДЭ, легким течением СД II типа. Фармакотерапия в сочетании с рефлексотерапией оказали комплексное однонаправленное действие, что позволило в ряде случаев снизить фармакологическую нагрузку, уменьшить побочные эффекты фармакотерапии и увеличить клиническую эффективность лечения, а в результате улучшить качество жизни у пациентов исследуемой возрастной категории с дисциркуляторной энцефалопатией, осложненной сахарным диабетом.

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Л.М. Кудаева, В.А. Фридман
ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение. Терапия миофасциального болевого синдрома (МФБС) является одной из актуальных и приоритетных проблем современной неврологии. МФБС - наиболее частая причина хронических болей в спине и конечностях. В основе МФБС лежит формирование в мышцах триггерных точек, раздражение которых вызывает не только локальную, но и отраженную боль (в удаленной от этой точки зоне).

Цель исследования. Определить и разработать оптимальное сочетание методов нелекарственной терапии при комплексном лечении миофасциального болевого синдрома у лиц пожилого возраста.

Выбор данной возрастной категории больных обусловлен демографической ситуацией, а также спецификой амбулаторно-поликлинического приема, где большинство пациентов, страдающих МФБС, составляют люди пожилого возраста, отягощенные соматической патологией.

Общей особенностью болезней в таком возрасте является частое одновременное сочетание нескольких болезней, причём, среди имеющихся болезней не всегда возможно выделить доминирующую. Из-за уменьшения функциональных и адаптационных возможностей систем и органов, а также из-за сочетания нескольких видов патологии поражение одних часто вызывает функциональную недостаточность других. Ситуация усугубляется наличием большого количества противопоказаний у лиц пожилого возраста: к физиотерапевтическому лечению, медикаментозной терапии и трудностями с приобретением дорогостоящих, эффективных фармакологических препаратов.

Материал и методы обследования. Пациенты отбирались на амбулаторно-поликлиническом приеме. Под наблюдением находились 120 больных с МФБС, в возрасте от 65 до 80 лет. Больные методом стратификационной рандомизации распределены в 2 группы: 1-ю (основную) составили 70 больных с МФБС, получавших лечение разработанным комплексным методом, включающим лазерную терапию, электронейростимуляцию, озонотерапию, индивидуальную ортопедическую коррекцию, мануальную терапию (МТ), диэтотерапию, иглорефлексотерапию (ИРТ), фитотерапию.; 2-ю (контрольную) составили 50 больных с МФБС, получавших курс общепринятой терапии болевых синдромов, включающей в себя фармакотерапию и физиотерапию. Отличительной особенностью комплексной терапии являлось общее воздействие на организм больного, характерное для методов традиционной медицины, и индивидуальный подход, ориентированный на этио-патогенетические особенности развития МФБС.

Клиническое обследование включало общепринятые методы и специальные методики. Всем больным проводилось стандартное неврологическое и нейроортопедическое обследование, рентгенография позвоночника, электромиография, оценка анамнестических данных, а также факторов риска. Определялось психоэмоциональное состояние (самочувствие, активность, настроение) по методике САН. Для субъективной оценки боли использовалась визуально- аналоговая шкала боли (ВАШ).

Наряду с общеневрологическим обследованием всем пациентам проводилась мануальная и вертеброневрологическая оценка мышечно-суставных структур шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника.

При статистической обработке данных исследований использован пакет программ Statistika, Micrisoft Excel 2000 для Windows Statgraf. Статистическую обработку результатов исследования производили с использованием критериев Стьюдента для количественных признаков и критерия Пирсона для качественных признаков.

Результаты. Эффективность терапии определялась по динамике показателей МФБС, психоэмоционального (САН) и общего состояния.

При сравнении динамики показателей МФБС в результате лечения выявлено, что в основной группе были получены достоверно($p<0,05$) лучшие результаты, чем в контрольной, выражающиеся в нормализации порога болевой чувствительности, тонуса мышц, электромиографических показателей, снижении индекса мышечного синдрома.

Психоэмоциональное состояние, определяемое по методике САН, достоверно($p < 0,05$) показало, что в основной группе положительная динамика была более выраженной по сравнению с контрольной.

Кроме того, проведение комплексной терапии в основной группе позволило значительно улучшить функционирование дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, костно-суставной, иммунной систем организма, инструментально-лабораторных показателей, что в конечном итоге привело к улучшению параметров гомеостаза.

Заключение. На основании выше изложенного, можно сделать вывод о том, что комплексные методы лечения больных являются более эффективными, так как позволяют значительно улучшить не только показатели МФБС, но и общее состояние больного. Следовательно, тактика ведения больных в основной группе полностью отвечает современным концепциям МФБС, в которых постулируется сложный генез его происхождения: вертеброневрологические нарушения, неврологические заболевания, соматическая патология.

Таким образом, проблема лечения МФБС в геронтологии может быть решена созданием кабинетов комплексного лечения с использованием современных нелекарственных методов (лазеротерапия, электронейростимуляция, биорезонансная терапия, ортопедическая коррекция, диетотерапия, ЛФК) в сочетании с традиционными видами лечения (МТ, ИРТ, массаж, гомеопатия, фитотерапия), что позволит комплексно и индивидуально воздействовать на вертеброневрологические нарушения, неврологические заболевания и сопутствующие патологические процессы, значительно повысить качество лечения больных, не прибегая к дорогостоящему медицинскому оборудованию и медикаментам.

ДОШКОЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ КАК КАТЕГОРИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Е.Е. Кудина

Московский Психолого-Социальный Университет, МДОУ Детский сад №5, Можайск Московской области, Россия

Дошкольное детство очень важный период в развитии человека. И при поступлении ребенка в школу необходимо диагностировать уровень дошкольной зрелости. И такая диагностика должна проходить в игре – ведущей деятельности этого периода. В данной статье мы рассмотрим дошкольную зрелость. Об этой проблеме мало писали, но она является очень актуальной, поэтому этой теме посвящена наша работа.

Сложилось определенное противоречие между требованиями школы и готовностью детей их принять. Сегодня значительное количество детей, несмотря на соответствующий возраст и имеющиеся у них навыки и умения, испытывают большие трудности в адаптации к школьному обучению, основной причиной которых является то, что они психологически не готовы к школьному типу обучения. К тому же в связи с изменением социальных условий дети имеют разный уровень дошкольной зрелости в зависимости от того, посещали ли они детский сад или воспитывались дома.

Проблемой дошкольной зрелости занимались: Л.С. Выготский, Л.И. Божович, Д.Б. Эльконин, В.С. Мухина, Н.Г. Салмина, Е.Е. Кравцова, Н.В. Нижегородцева, В.Д. Шадрикова, Н.И. Гуткина, М.Р. Битянова, а также зарубежные авторы А. Анастази (уровень обученности дошкольников), С. Стребел, А. Керн, И. Йерасик.

Л.И. Божович в своих трудах основным критерием психологической готовности к школе считает новообразование «внутренняя позиция школьника», представляющая собой новое отношение ребенка к окружающей среде,

возникающее в результате сплава познавательной потребности и потребности в общении с взрослым на новом уровне [1].
Д.Б. Эльконин на первое место ставил сформированность психологических предпосылок овладения учебной деятельностью. Анализируя эти предпосылки, он и его сотрудники выделили следующие параметры [8]:
– умение детей сознательно подчинять свои действия правилу, обобщенно определяющему способ действия;
– умение ориентироваться на заданную систему требований;
– умение внимательно слушать говорящего и точно выполнять задания, предлагаемые в устной форме;
– умение самостоятельно выполнить требуемое задание по зрительно воспринимаемому образцу.
Фактически – это параметры развития произвольности, являющиеся частью психологической готовности к школе, на которые опирается обучение в I классе.
К наиболее важным предпосылкам он относил умение ребенка ориентироваться на систему правил в работе, умение слушать и выполнять инструкции взрослого, умение работать по образцу и некоторые другие. Все эти предпосылки вытекают из особенностей психического развития детей в переходный период от дошкольного к младшему школьному возрасту, а именно: потеря непосредственности в социальных отношениях, обобщение переживаний, связанных с оценкой, особенности самоконтроля. Д.Б. Эльконин подчеркивал, что при переходе от дошкольного к школьному возрасту «диагностическая схема должна включать в себя диагностику, как новообразований дошкольного возраста, так и начальных форм деятельности следующего периода».
Д.Б. Эльконин считал, что произвольное поведение рождается в коллективной ролевой игре, позволяющей ребенку подняться на более высокую ступень развития, чем игра в одиночку. Коллектив корректирует нарушения в подражании предполагаемому образцу, тогда как самостоятельно осуществить такой контроль ребенку бывает еще очень трудно. «Функция контроля еще очень слаба, – пишет Д.Б. Эльконин, – и часто еще требует поддержки со стороны ситуации, со стороны участников игры. В этом слабость этой рождающейся функции, но значение игры в том, что эта функция здесь рождается. Именно поэтому игру можно считать школой произвольного поведения» [8].
Е.Е. Кравцова выделяет роль общения в развитии ребенка в дошкольном возрасте и выделяет три сферы – отношение к взрослому, к сверстнику и к самому себе и эти уровни определяет степенью развития готовности к школе и соотносит их с основными структурными компонентами учебной деятельности (Е.Е. Кравцова, 1991).
Исследование Е.О. Смирновой [7], посвященное коммуникативной готовности шестилетних детей к школьному обучению, дает интересное объяснение, почему именно к концу дошкольного возраста у детей появляется потребность в общении со взрослым на новом уровне. Коммуникативная готовность к школе рассматривается как результат определенного уровня развития общения со взрослым.
В работе М.И. Лисиной [6] выделяются четыре формы общения ребенка со взрослым: ситуативно-личностная, ситуативно-деловая, внеситуативно-познавательная и внеситуативно-личностная. Первая из них, ситуативно-личностная, характеризуется непосредственным эмоциональным общением ребенка со взрослым и типична для первого полугодия жизни младенца. Вторая, ситуативно-деловая, характеризуется сотрудничеством со взрослым в игре при освоении действий с различными предметами и т.д. Внеситуативно-познавательная форма общения знаменуется первыми познавательными вопросами ребенка, адресованными взрослому. По мере взросления старших дошкольников все больше начинают привлекать события, происходящие в мире людей, а не вещей. Человеческие отношения, нормы поведения становятся важным моментом в содержании общения ребенка со взрослым. Так рождается наиболее сложная в дошкольном возрасте внеситуативно-личностная форма общения, обычно складывающаяся лишь к концу дошкольного возраста. «Взрослый по-прежнему является для детей источником новых знаний, и дети по-прежнему нуждаются в его признании и уважении. Однако для ребенка становится очень важно, чтобы его отношение к тем или иным событиям совпало с отношением взрослого. Потребность во взаимопонимании и сопереживании взрослого является отличительной особенностью данной формы общения. Общность взглядов и эмоциональных оценок со взрослым является для ребенка как бы критерием их правильности. Такое общение побуждается личностными мотивами, то есть в центре внимания ребенка, находится сам взрослый человек. В рамках этой формы общения у детей складывается различное отношение к людям, в зависимости от того, какую роль в общении с ними они выполняют: дети начинают дифференцировать роли врача, воспитателя, продавца, и соответственно этому – строить свое поведение в общении с ними» [6].
Во всех исследованиях, несмотря на различие подходов, признается факт, что эффективным школьное обучение будет только в том случае, если первоклассник обладает необходимыми и достаточными для начального этапа обучения качествами, которые затем в учебном процессе развиваются и совершенствуются.
Цель исследования. Изучение дошкольной зрелости у детей с разными уровнями речевого развития.
В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи:
1. Изучить особенности дошкольной зрелости и уровни развития речи детей;
2. Определить задачи и содержание социально-личностного развития дошкольников с недостатками речи;
3. Определить уровень дошкольной зрелости, которая определяет успешность адаптации к школе и усвоения учебных знаний и навыков.
Вначале у детей дошкольного возраста формируется деятельность игра, следующий этап – это учебная деятельность. Первая деятельность сменяется второй и пока ребенок не достигнет зрелого уровня игровой деятельности, он не сможет начать учебную. Зрелый ребенок дошкольного возраста уже не играет игрушками, у него в игре должны принимать участие люди, которые будут выполнять определенные роли и должны быть определенные правила. Дошкольник, достигший зрелости любит такие игры с правилами.
Для игры в ролевые игры у дошкольника должно быть развито воображение – это новообразование возраста.
Дошкольную зрелость можно определить с помощью методики Диагностика дошкольной зрелости М.Р.Битяновой, которая опубликована на страницах «Школьного психолога» в статье «Куда уходит детство» [3].

М.Р.Битянова: «Таким образом, дошкольную зрелость мы определяем как целостное психическое состояние ребенка дошкольного возраста, характеризующееся высокой степенью развития тех качеств и процессов, которые переживают свой расцвет именно в дошкольный период детства и для которых этот период является сенситивным».
И выделяет важные составляющие: «сформированность приемов игровой деятельности, развитые социальные эмоции и высокий (для данного периода) уровень нравственного развития, развитое воображение, высокий уровень наглядно-образного мышления, памяти, речи, высокая самооценка».
В игре у дошкольников развивается произвольность – важный критерий дошкольной зрелости. И ребенку, не приученному к следованию правилам, очень трудно будет в учебной деятельности, тяжело будет привыкать к школьным правилам.
К параметрам дошкольной зрелости относят: развитие мышления, развитие способностей к воображению, развитие произвольности, мотивационная сфера, развитие самосознания, игровая деятельность.
Рассмотрим подробно параметры дошкольной зрелости:
Развитие мышления. Для успешного обучения детей наибольшее значение имеет сформированность образного, а не логического мышления. Именно образное мышление позволяет ребенку наметить способ действия, исходя из особенностей конкретной ситуации или задачи.
Развитие воображения. Воображение – психический процесс, выражающийся в представлении, построении образа средств и конечного результата деятельности. Благодаря познавательной функции воображения ребенок лучше узнает окружающий мир, легче и успешнее решает возникающие перед ним задачи.
Развитие памяти. Как считал Л.С. Выготский, память в дошкольном возрасте становится доминирующей функцией. Ребенок все запоминает с легкостью.
Развитие речи. К семи годам язык становится средством общения и мышление ребенка. Растет словарный состав речи. Объем словарного запаса зависит от условий жизни, от того, как и сколько с ним общаются близкие взрослые. По В.Штерну к шести годам ребенок использует в своей речи 2500 – 3000 слов. Дошкольник может пересказать прочитанный рассказ, описать картину, передать свои впечатления об увиденном, рассуждать, задавать вопросы, освоены им монологическая и диалогические речи.
Восприятие. Восприятие становится осмысленным, целенаправленным, анализирующим. В нем выделяются наблюдение, поиск.
Эмоциональная сфера. Эмоциональные процессы становятся более уравновешенными. Особенно важно появление у дошкольников таких эмоций, как сочувствие другому, сопереживание, - без них невозможны совместная деятельность и сложные формы общения детей.
Развитие произвольности. К концу дошкольного возраста происходит оформление основных элементов волевого действия: ребенок способен поставить цель, принять решение, наметить план действия, исполнить его, проявить усилие при преодолении препятствий, оценить результат своего действия.
Произвольная регуляция поведения состоит в подчинении поведения ребенка задаче взрослого.
Мотивационная сфера. Важнейший критерий дошкольной зрелости в этой сфере – необходимый уровень развития самостоятельности ребенка. Критериями самостоятельности ребенка-дошкольника в совместной деятельности являются умение организовать и завершить собственную деятельность; желание вступать в контакт со сверстниками; умение действовать и взаимодействовать при организации деятельности и ее выполнении. Самостоятельность проявляется во взаимодействии с товарищами, в умении действовать с условиями окружающей обстановки.
Самооценка. Чаще всего дошкольникам свойственна необъективно высокая самооценка, что является следствием кризиса семи лет. Но наблюдается и заниженная самооценка. Это свидетельствует не об интенсивном развитии самосознания, а о том, что дети испытывают дефицит эмоциональной защищенности, поддержки, любви и внимания взрослых. Низкая самооценка может стать причиной неуспеваемости в школе. Она порождает страх неудачи, а крайнее проявление – отказ вообще что-либо делать.
Игровая деятельность. Ведущей деятельностью дошкольника является ролевая игра. Но если ребенок не прошел все стадии игры – от манипулятивной до игры ролевой по правилам, то к моменту поступления в школу не наблюдается в психическом развитии кризиса семи лет.
И если ребенку на протяжении дошкольного детства много играл, полноценно общался со сверстниками и взрослыми, если ему читали книги и поощряли занятия детским творчеством, то к началу младшего школьного возраста у него, скорее всего, появится учебная мотивация.
Наше исследование позволяет сделать следующий вывод: к моменту кризиса семи лет игра начинает сменяться учебной деятельностью. Л.С. Выготский отмечал: «игра исчерпывает свои возможности по образованию «зон ближайшего развития» при условии, что ребенок прошел все стадии развития детской игры. Объясняется это тем, что процесс развития игры характеризуется постепенным уменьшением значения в ней воображаемой ситуации и существенным возрастанием роли правила».
Например, если ребенок много играл и общался со сверстниками и взрослыми, если ему читали книги и поощряли занятия детским творчеством, то к началу младшего школьного возраста у него, скорее всего, появится учебная мотивация.
Это же подтверждается данными, полученными в ходе комплексного исследования социально – психологического компонента готовности ребенка к школе. Можно сделать вывод о том, что дети, посещающие детский сад обусловлены наличием системы взаимодействий, дополняющих и изменяющих социальный опыт ребенка, обеспечивая положительную динамику в социальном и личностном развитии дошкольника. Согласно данным, у детей, посещающих детские сады, лучше развиты социальные навыки, они более склонны к сотрудничеству, более

целеустремлены, чем дети, проводящие дошкольные годы дома. Было обнаружено, что чем дольше пребывает ребенок в детском саду, тем больше времени он проводит, участвуя в социальной деятельности, конструктивной игре, а не сидит без дела или наблюдает за игрой других.

А это и будет свидетельством того, что игра выполнила свою роль в развитии ребенка и его развитие теперь будет идти в учебной деятельности.

Психологическая готовность к школьному обучению предполагает развитие многих познавательных процессов, которые необходимо развивать и диагностировать, при переходе из дошкольного в школьный возраст.

Поэтому одним из аспектов изучения дошкольной зрелости ребенка является исследование развития речи, вот почему я уделяю внимание речи.

Были использованы следующие методики, для исследования уровня дошкольной зрелости и уровней развития речи:

1. Диагностика дошкольной зрелости детей 6-7 летнего возраста (автор М. Битянова);
2. Методика по определению мотивов учения (автор Гинзбург М.Р.);
3. Изучение новой внутренней позиции (Гуткина Н.И.);
4. Изучение планирующей функции речи в рисовании (Урунтаева Г.А., Афонькина Ю.А.);
5. Изучение речи дошкольников в общении со сверстниками и взрослыми (Урунтаева Г.А., Афнькина Ю.А.).

Исследование проводилось на базе МДОУ-ЦРР-Д/с №5 г. Можайска Московской области «Почемучки». Предварительное исследование проводилось в течение 2012 – 2014 гг. Принимали участие дошкольники, посещающие детский сад, от 5,5 – 7 лет. Количество 154 ребенка. Из них дети, посещающие логопедическую группу – 36.

Перейдем к освещению основных результатов. По данным, полученным в результате исследования дошкольной зрелости у 36% высокая дошкольная зрелость, 53% средняя дошкольная зрелость и 11% низкая дошкольная зрелость.

По результатам исследования изучения мотивационной готовности к школе по Гинзбург: у 38% детей мотивационная готовность выше среднего показателя и 50% частично; у 12% детей мотивационная готовность не сформирована. Сравним с результатами, полученными в детских садах Владимирской области и г. Волгограда.

По данным МДОУ Д/с №4 «Светлячок» п. Кр. Горбатка Владимирской области за 2013-2014 год у 37% высокая дошкольная зрелость, 53% средняя дошкольная зрелость, 10% низкая дошкольная зрелость.

По результатам проведенного исследования изучения мотивационной готовности по Гинзбург: у 64% детей мотивационная готовность к школе сформирована полностью, у 31% частично, у 5% - мотивационная готовность не сформирована.

По данным МДОУ Д/с №345 комбинированного вида г. Волгограда на 2013 год:

Результаты диагностики дошкольной зрелости: в школу идут 49 человек: из них 21 человек с уровнем дошкольной зрелости выше среднего, 25 человек со средним уровнем и 3 человека с ниже среднего уровнем развития дошкольной зрелости.

По результатам проведения исследования мотивационной готовности: 30% детей не понимают обучения в школе, не знают школьных правил. У 35% детей мотивация учения – мотив «отметка», внешний и позиционный.

Данных по изучению дошкольной зрелости у зарубежных исследователей не обнаружено.

Выводы. Полученные данные, по многим показателям перекликаются с данными, полученными М.Битяновой, подтвердили ее вывод о том, что сформированность компонентов дошкольной зрелости обеспечивает успешность обучения ребенка в школе, что гораздо реже соотносится с хорошими результатами готовности к обучению в школе. Выбранная нами диагностика дошкольной зрелости с изучением уровней развития речи у дошкольников оказалась более эффективной при прогнозировании успешности обучения и адаптации ребенка, чем традиционная диагностика готовности детей к обучению в школе. Так, по данным среди детей, показавших высокую дошкольную зрелость, 100% успешно адаптировались к школе и успешно обучались; среди детей, показавших высокую готовность к обучению в школе – только 71,4%.

С целью повышения уровня дошкольной зрелости и уровня мотивационной готовности дошкольников с разными уровнями развития речи мы предлагаем развивать эти характеристики с помощью занятий, индивидуальной работы с детьми в игровой форме. Среди методов, используемых практической психологической службой, игра наиболее адекватна для коррекции трудностей развития дошкольного возраста. Теоретическим основанием этому является то, что именно сюжетно-ролевая игра выступает ведущим видом деятельности детей дошкольного возраста.

Литература.

1. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М., 1968.
2. Битянова М.Р. Адаптация ребенка в школе: диагностика, коррекция, педагогическая поддержка. – М., 1997.
3. Битянова М.Р. Куда уходит детство? Школьный психолог, №12, 1999.
4. Выготский Л.С. Мышление и речь. Собр. Соч. в 6 т. Т.2. – М., 1982.
5. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе. – СПб: Питер, 2009. – 208 с.
6. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М., МГУ, 2009. – 94 с.
7. Смирнова Е.О. Детская психология. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
8. Урунтаева Г.А., Афонькина Ю.А. Практикум по дошкольной психологии. – М.: Академия, 2000. – 304 с.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК С ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

В.Г. Кузнецов
НИИ детской курортологии и физиотерапии, Евпатория, Республика Крым

Цель работы. Разработка системного подхода к психокоррекционной работе у девочек с патологией репродуктивной сферы во время пребывания в санатории.

Проведены исследования психоэмоционального состояния у 110 девочек с патологией репродуктивной сферы при поступлении на санаторно-курортное лечение. Определено, что по данным опросника СМОЛ признаки психической дезадаптации, различной степени выраженности, присутствуют у 73% девочек. Выраженные признаки дезадаптации с нарастающей эмоциональной неустойчивостью, снижением самооценки, настроения, повышением тревоги наблюдается у 5,5% девочек. Анализ профиля личности этих 5,5% девочек с выраженными признаками дезадаптации, указывает на нарушение социальной адаптации (аутизация и затруднение социальных контактов), тревожно-фобические расстройства, внутренняя напряженность с недостаточно эффективным устранением тревоги путем ее вытеснения, наличие психастении и не выраженного депрессивного синдрома.

С целью определения группы для проведения психокоррекционных мероприятий в процессе санаторно-курортного лечения проводилось изучение копинг-стратегий с использованием личностного опросник «SACS». Выявлено, что копинг-стратегии девочек с патологией репродуктивной сферы приближаются к активному «преодолевающему поведению» с положительным использованием социальных ресурсов близкому к используемым копинг-стратегиям детей в среднестатистической группе, но с некоторым напряжением, и большим использованием моделей «Ассертивные действия», «Вступление в социальный контакт» и асоциальных стратегий преодоления «Асоциальные действия», «Агрессивные действия», что может приводить к социальной дезадаптации.

Интерпретация полученных выше результатов приобретает большую ценность, если использовать системный подход, основанный на объединении характеристик психологического состояния с физиологическими показателями и теорией психологической природы стресса, а так же оценивать результаты исследований во взаимной связи с функциональными состояниями. В связи с тем, что для каждого из функциональных состояний характерны определенные сдвиги в протекании основных психических процессов, таких как внимания, память, мышление, изменения в эмоционально-волевой сфере, преодолевающие стратегии поведения отражают характеристику функциональных состояний. Также характеризует группу исследования и позволяет прогнозировать динамику психоэмоционального состояния показатель уровня реактивной тревожности на фоне функционального состояния.

При объединении воедино фонового функционального состояния, особенностей эмоционального статуса, уровня реактивной тревожности и используемых ребенком моделей преодолевающего поведения, так же очевидным становится систематический подход к психокоррекционной работе, ее особенности и этапность. Такой подход позволяет сформировать новую психокоррекционную единицу – детский коллектив или подгруппу в детском коллективе, в этом случае психокоррекционная работа начинается уже в момент формирования детского коллектива. Детский коллектив формируется из подгрупп, в которых функциональные состояния ребенка совпадают или не являются противоположными. Основываясь на системном подходе к проводимой психокоррекции очевидна и возможность подбора психокоррекционных методик, исходя из исходного функционального состояния и известных синдром-эффектов психокоррекционной методики. Такой подход позволяет индивидуализировать проведение групповых сеансов психокоррекции, путем индивидуального дополнения, расширения, акцентирования в процессе психокоррекционной работы с учетом.

ПОВЫШЕНИЕ МОТИВАЦИИ К ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

В.Д. Кузнецов
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Целью настоящей работы было изучение характера отклонений от гигиенических принципов ведения здорового образа жизни у старшеклассников, студентов и аспирантов. В обследовании принимали участие учащиеся старших классов общеобразовательных школ, студенты, аспиранты ВУЗов г. Москвы. Применялся метод анкетирования респондентов с последующим экспертным и статистическим анализом полученных данных.

Одним из наиболее существенных нарушений гигиенических рекомендаций по режиму труда и отдыха школьников и студентов, особенно в условиях интенсивных умственных нагрузок во время обучения, является недостаточная продолжительность ночного сна. Хроническое недосыпание (ниже гигиенического норматива на 1 час) выявлено у 52% старшеклассников, а 21% недосыпают 2 ч и более в сутки, при этом 59% школьников ложатся спать обычно после полуночи. Анкетирование студентов показало, что менее 6 часов в сутки спят 57% женщин и 64% мужчин. Средняя продолжительность ночного сна у аспирантов женщин составляет 6,4 часа, у мужчин -6,8 ч., при этом спят менее 6 часов в сутки 31,7% аспирантов. Результаты корреляционного анализа показали существенную прямую связь между нарушением режима ночного сна и снижением работоспособности у женщин студентов и школьниц (r=0,47?0,61), а также зависимость между недостаточной продолжительностью сна и ухудшением самочувствия в виде болей в спине и повышенной утомляемостью у мужчин и женщин (r=0,39?0,53). Так, регулярно испытывают сильную

усталость 57% учащихся старших классов, вялость - 45%, головную боль - 21%. Среди студентов жалобы на частые головные боли предъявляют 43-57%, на трудности утреннего подъема 48-75%, на неспособность сосредоточиться во время учебных занятий 41-61% от общего числа опрошенных студентов. Среди аспирантов жалобы на постоянную сильную утомляемость предъявляют 37,8% , а на постоянные головные боли 68,5% респондентов.

Довольно распространенным фактором риска здоровью учащейся молодежи является гиподинамия. Так, 46% старшеклассников физкультурой и спортом занимаются нерегулярно, а 8% совсем не занимаются. При этом физические нагрузки 51% учащихся получают лишь на уроках физкультуры в школе. Среди студентов и аспирантов 29-39% вообще не занимаются физической культурой. 33,3-58% занимаются нерегулярно. При этом большинство вузовской молодежи (59,4%) выполняют физические упражнения в условиях дома или на территории ближайшего парка, сквера. Лишь 6% студентов и аспирантов пользуются специализированными площадками общественных спортивных сооружений, а 36,4% занимаются в платных фитнес-центрах.

Проведенные нами исследования свидетельствует о недостаточной готовности учащейся молодежи к ведению правильного образа жизни как способа укрепления здоровья и профилактики заболеваний в современных условиях. Необходимо формировать ответственное отношение самих учащихся к соблюдению гигиенических нормативов продолжительности ночного сна и оптимальной двигательной активности. Для повышения их мотивации к ведению здорового образа жизни следует разработать и внедрить для будущих дипломированных специалистов систему стимулов и поощрений в критериях оценки их перспектив профессионального и карьерного роста. Следует активно развивать инфраструктуру бесплатных и доступных для студенческой молодежи спортивных сооружений.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ПОТОМКОВ ЛИЦ, ПОДВЕРГНУВШИХСЯ ИОНИЗИРУЮЩЕМУ ОБЛУЧЕНИЮ

А.А. Кусаинова, Ю.В. Шахворостова, Л.Т. Касым
Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Аутоиммунные заболевания печени составляют актуальную проблему медицины [1,2,3] в виду поздней диагностики, прогрессирующего течения, заболеваемости в детском возрасте (А. Лавров, 2012г.) и у молодых лиц, недоступности серологических и гистологических диагностических исследований, в связи с чем эмпирическим подходом к постанове диагноза [4,5]. Вместе с тем отсутствие статистического учета аутоиммунных заболеваний печени не только в Казахстане, но и в регионе г. Семей; значительное количество лиц с бессимптомным или малосимптомным течением болезни, а также возможные этнические, экологические и генетические этиологическими факторы (Широкова Е.Н., Ивашкин Е.В., Ивашкин В.Т., 2012) обуславливают актуальность исследования аутоиммунных заболеваний у потомков лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения на территории прилегающей к бывшему Семипалатинскому испытательному ядерному полигону (СИЯП).

Наряду с чем лечение аутоиммунных заболеваний печени (АЗП) нуждается в длительном применении гормональных и иммуносупрессивных средств [4,5], характеризующихся развитием побочных эффектов и синдрома «рикошета» при их отмене (Маев И, 2011г.). Схемы терапии имеют лишь обобщающий, рекомендательный характер (Ивашкин В.Т. с соавт., 2009г.; Мухин Н, 2011г.) и лишены сравнительной оценки, нуждаются в оптимизации с учетом раскрывающихся цитокиновых механизмов аутоиммунного воспаления. Таким образом, в регионе, прилегающем к бывшему СИЯП необходимо изучение проблемы аутоиммунных заболеваний печени, так как АЗП характеризуются сложными механизмами воспаления, этиология которых может быть обусловлена последствиями воздействия ионизирующего облучения на иммунную систему как у лиц непосредственно облученных, так и их потомков.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация терапии, профилактики и прогноза аутоиммунных заболеваний печени в регионе бывшего СИЯП. Задачи исследования включали:

- определение распространенности и заболеваемости АЗП в регионе,
- оценку клинико-иммунологических особенностей АЗП у потомков лиц, подвергнувшихся ионизирующему облучению,
- изучение эффективности программы реабилитации, составляющей комбинированное применение препаратов Циклоспорин А и Годекс у больных с АЗП.

Материалы и методы. Прежде всего была изучена заболеваемость АЗП – в том числе аутоиммунными гепатитами (АГ) и первичным билиарным циррозом (ПБЦ) при проведении скрининга с охватом 2510 человек по программе 0.0586 «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска предотвращения неблагоприятного эффекта для здоровья населения»– коренных жителей регионов прилегающих к территории бывшего СИЯП. Распространенность аутоиммунной патологии печени составила 19%, заболеваемость 39,96 случаев на 10 000 населения. По литературным данным заболеваемость колеблется от 2,2 до 17 случаев на 100 тыс.

У 50 больных с АЗП, а именно ПБЦ (20%), АГ (80%), все больные – женщины, уроженки из экологически неблагоприятных регионов, во 2 – 3 поколениях, возраст которых 45,8±2,6 года, а продолжительность заболевания – 8,3 года, помимо общеклинических методов исследовали иммунологический статус, а также цитокиновый профиль (интерлейкины-1,-6, фактор некроза опухоли), также проводилось определение серологическим маркеров, в том числе методами ИФА/ПЦР исключалась вирусная этиология заболевания, также выявлялись антинуклеарные (ANA) и антимитохондриальные (AMA) антитела. В контрольную группу вошли больные с достоверным диагнозом, сопоставимые по возрасту, клиническим проявлениям, активности заболевания, не проживающие в регионе бывшего СИЯП. После установления диагноза формировались группы исследования, определялись исходные клинико-

лабораторные параметры. Назначалась базисная терапия препаратами УЗДХ и гормональных средств в обеих группах: сравнения и контроля.

Для реабилитации больных использовался гепатопротективный препарат нового поколения комбинированных средств – Годекс (фарм. компании АбдиИбрагим). Гепатопротектор Годекс - оригинальный препарат, был синтезирован на основе карнитина с добавлением компонента дифенил-диметил-дикарбоксилата (ДДД), аналога Схизандрина С, выделенного из плодов китайского лимонника. Годекс назначался по 2 капсулы х 3р. в день на протяжении 3 месяцев. Побочных эффектов применения Годекса не наблюдалось. В контрольной группе больные принимали Гептрал 400мг х 3р.. Также с патогенетической целью по мимо гормональных препаратов, нами использовался селективный иммунодепрессант – Циклоспорин А (Неорал). Обоснованием применения в комплексной патогенетической терапии аутоиммунных заболеваний Циклоспорина А служили механизмы иммунных нарушений при АЗП, в том числе необходимость коррекции Т клеточного звена иммунной системы. Соответственно в контрольной группе больные применяли только базисную терапию, включающую УЗДХ и гормональные препараты.

Результаты исследования. Активность воспалительного процесса соответствовала умеренной (30%) и высокой степени (70%). Ведущими синдромами наблюдались (рис.2) – желтушный (80%), с холестазом (60%), гепатоцеллюлярной недостаточностью (100%), портальной гипертензией (50%). Проявлениями печеночно-клеточной недостаточности служили такие клинические признаки как повышение температуры тела, нарушение сна, отсутствие аппетита, астенический синдром, желтуха, выраженность которых преобладала при ПБЦ и была обусловлена как активностью аутоиммунного воспаления, так и явлениями цирротизации печени. Активность заболевания коррелировала прежде всего с такими лабораторными показателями как СОЭ, цитолитический синдром при аутоиммунном гепатите. Между тем склонность к цитопеническому синдрому при ПБЦ можно было объяснить явлениями спленомегалии и гиперспленизма. Так же для аутоиммунных заболеваний печени было характерно наличие лабораторных признаков синдрома холестаза, более выраженного наряду с печеночно-клеточной недостаточностью для ПБЦ.

Исследование гуморальных иммунных показателей выявило превышение титра гетерофильных аутоантител в 18,5 раза, циркулирующих иммунных комплексов – 1,82 при аутоиммунных гепатитах, при ПБЦ соответственно – в 10,6 и 1,4 раза. Показатели фагоцитарной активности преобладали при аутоиммунных гепатитах. Известно, что регуляторные Т-клетки CD4+моделируют пролиферацию CD8+, увеличивая секрецию провоспалительных интерлейкинов. В свою очередь снижение моноклональных антител к CD3+ приводит к уменьшению иммуносупрессивной активности по отношению к Т-клеткам. Мы выявили в большей степени при АГ недостаточность клеточных регуляторов со стороны CD4+ и CD3+, и возрастание CD8+. Отмечается также возрастание уровня интерлейкина 6 - в 1,45, а фактора некроза опухоли – в 2,1 раза. Настоящее исследование приводит к заключению о необходимости полноценной патогенетической коррекции иммуноцитокинового профиля у больных АЗП. После оценки активности заболевания мы приступили к программе реабилитации

Динамика суммарной эффективности терапии с использованием программы реабилитации свидетельствовала о значительном преобладании терапевтического эффективности в основной группе. Так, в данной группе в 1,52 раза преобладали результаты лечения с улучшением состояния больных и напротив, в контрольной группе в 2 раза чаще проводимая патогенетическая терапия была не достаточна и требовала коррекции.

Необходимо отметить также, что в основной группе снижались проявления печеночно-клеточной недостаточности и печеночной энцефалопатии, что выражалось в нормализации сна, улучшении настроения и неврологических признаков ПЭ и динамике функциональных тестов. Так, в основной группе к окончанию стационарного курса лечения печеночная недостаточность уменьшилась и наблюдалась всего у 60% больных и классифицировалась уже как I степень у 53,33%, II – у 33,33% и III – у 13,33% больных. В отличие от контроля, где проявления ГЦН сохранялись во всех случаях, и даже отмечалась тенденция к усугублению степени ГЦН.

Клиническая эффективность подкреплялась положительной высоко достоверной динамикой биохимических показателей, прежде всего уровня билирубина – на 61%, активности трансаминаз: АлАТ – на 33%., в отличие от контрольной группы, представленной в таблице 2, где динамика этих же показателей соответствовала 32% и 17,8%. Обращает внимание, наряду с уменьшением желтушного синдрома, снижение лабораторных признаков холестаза. Так, с основной группе уменьшилась активность ЩФ - на 41,66%, ГГТП - на 35,82%, в контроле же только на 16,3% и 26,04% соответственно(Таблица 1).

Таблица 1. *Динамика лабораторных показателей при АЗП*

Показатели	Аутоиммунные гепатиты		Билиарный цирроз	
	До	После	До	После
Общ. Билирубин	108,5±21,4	58,14±6,2**	98,6±18,5	36,49±8,8**
АлАТ	0,32±0,05	0,24±0,03*	0,28±0,06	0,20±0,01*
АсАТ	0,38±0,04	0,18±0,07*	0,24±0,02	0,16±0,03*
ЩФ	4,75±0,68	3,05±0,51*	6,23±0,71	3,75±0,53**
γ-глобулины	29,8±2,5	24,6±1,9*	32,5±2,8	26,3±2,13**
Тимол.проба	8,96±0,93	5,47±0,6*	10,26±0,82	6,18±0,63**
МНО	1,58±0,9	1,25±0,9	1,88±0,5	1,44±0,3

Между тем в клинике кожный зуд снижался не так значительно, то есть эффективности УДХК было не достаточно. Напротив, антихолестатическая эффективность проводимой реабилитационной программы превосходила как в

клинических проявлениях, так и лабораторной динамике и была обусловлена наряду со снижением аутоиммунной активности заболевания,

В целом, в контрольной группе результаты лечения были не столь эффективными и не превосходили в коррекции лабораторных синдромов. Клинические заключения требует анализа возможностей динамики лабораторных синдромов при отдельных формах АЗП. В результате проводимого лечения отмечено сопоставимое уменьшение цитолитического синдрома при АГ и ПБЦ, между тем динамика мезенхимально-воспалительного синдрома и холестаза несколько преобладала при АГ. Также в этой группе более выраженной была и динамика печеночно-клеточной недостаточности, заключающейся наряду со снижением желтухи, устранением печеночного запаха изо рта, уменьшением геморрагического синдрома, улучшением настроения, нормализацией сна. Лабораторно вместе со снижением активности трансаминаз, отмечалось уменьшение и МНО.

Отмеченные выше эффективные показатели терапии при присоединении в основной группе препарата Циклоспорин А позволили сохранить и увеличить положительную лабораторную динамику, заключающуюся в уменьшении активности заболевания (снижении СОЭ, уровня гамма-глобулинов, мезенхимально-воспалительного и цитолитического синдромов). Также в завершении нами были выявлены возможности коррекции цитокинового профиля, прежде всего уровня IL-1 в , IL-6 в 2,5 раза и TNF-α в 0,7 раза.

Выводы. Заболеваемость аутоиммунной патологией печени в регионе составляет 39,96 случаев на 10 тыс. населения, распространенность – 19% в структуре хронической патологии печени преимущественно у лиц 2 поколения подвергнувшихся ионизирующему облучению.

Клиническая характеристика определяется выраженностью признаков желтушного синдрома с проявлениями холестаза, коррелирующей с печеночно-клеточной недостаточностью, прежде всего у больных билиарным циррозом печени. Наряду с выраженной гуморальной активностью АЗП характеризуется повышением цитокинов - интерлейкина 6 - в 1,45, а фактора некроза опухоли – в 2,1 раза.

Для оптимизации лечения и полноценной реабилитации больных с АЗП в том числе коррекции цитокинового профиля необходимо комплексное применение гормональных средств и препаратов УДХК в сочетании с Циклоспорином А и гепатопротекором Годекс.

Литература.

1. В.Т. Ивашкин, А.О. Буеверов /Аутоиммунные заболевания печени в практике клинициста // Медицина, 2011 - с.112.
2.LohseA.W., HennesE./ Diagnosticcriteriaforautoimmunehepatitis// Hepatol.Res., 2007.Vol. 37.S. 3. P. 509.
3. Буеверов А.О. /Патогенез аутоиммунных заболеваний печени //Росс.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктологии. 2001. № 4. С. 59–61
4.Е.Н. Широкова, К.В. Ивашкин, В.Т. Ивашкин./ Аутоиммунный гепатит: новое в диагностике, патогенезе и лечении // РЖГГК Гепатология - №5, 2012 – С. 37-45
5.Ивашкин В.Т., Морозова М.А., Маевская М.В. и др./Современные терапевтические схемы лечения аутоиммунного гепатита//Рос.журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопротоктол. 2009. № 4. С. 4–12.

ФАКТОРЫ УСТОЙЧИВОСТИ РЕМИССИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ

И.П. Кутянова, О.М. Щекатурова
Центр индивидуальных программ реабилитации НАРЦ, Москва, Россия

Построение модели эффективного реабилитационного процесса является одной из наиболее значимых проблем организации комплексной эффективной помощи зависимым от наркотиков и алкоголя.

В проведенном исследовании проанализированы результаты тестирования лиц, проходящих реабилитацию по разным программам (моделям): негосударственные 12-шаговые программы реабилитации, конфессиональные (Православные) программы реабилитации, государственные программы реабилитации. Также в исследовании приняли участие лица в ремиссии, специалисты реабилитационных центров.

Целью исследования является изучение факторов устойчивости ремиссии лиц, имеющих химические зависимости.

Задачи исследования. Провести анализ современных отечественных и зарубежных исследований факторов устойчивости ремиссии и разработать инструментарий, позволяющий выявить факторы устойчивости ремиссии лиц, имеющих химические зависимости.

Выявить характеристики и компоненты программ реабилитации, которые оказывают наиболее сильное воздействие на результаты реабилитации лиц, имеющих химические зависимости.

Выявить внутренние, личностные качества потребителей наркотиков, лиц в ремиссии, а также характеристики их социальной ситуации, которые могут способствовать сохранению трезвости.

Объектом исследования стали пять групп, всего 945 человек:

- Зависимые проходящие разные программы реабилитации, 613 человек
- Лица, находящиеся в ремиссии более 1 года , 146 человек.
- Специалисты реабилитационных центров, 139 человек.
- Анкеты, описывающие программы центров, заполняемые специалистами НП НАРЦ при проведении исследования - 47.

Методы исследования. Для исследования факторов устойчивости ремиссии использовалась авторские анкеты Кутяновой И.П., Щекатуровой О.М., методика Кутяновой И.П.: «Социально-психологические проблемы

наркозависимых»; тест А.А. Реана, модифицированный Кутяновой И.П., Щекатуровой О.М. «Уровень мотивации к трезвости», «Локус контроля личности».

Результаты исследования. В результате проведенного исследования факторов устойчивости ремиссии зависимых от наркотиков и алкоголя была подтверждена гипотеза исследования о том, что наилучший эффект в реабилитации может быть достигнут при комплексном подходе, учете биологических, психологических, социальных компонентов зависимости. Для лиц в ремиссии в ответах на вопрос о том, какие реабилитационные мероприятия являются наиболее эффективными, значимыми являются все четыре сферы реабилитации – физическая, психологическая, социальная и духовная.

Участники 12-шаговых и государственных реабилитационных программ, а также сотрудники реабилитационных центров, наибольшую значимость придают мероприятиям реабилитации связанным с социально-психологической, а также физической сферой, в то время как респонденты, проходящие конфессиональные (Православные) программы реабилитации большее значение придают духовному, а также физическому и социальному компонентам реабилитации.

В целом можно сделать вывод о необходимости развития духовного компонента в 12-шаговых, а также государственных программах; психологического компонента – в конфессиональных центрах реабилитации.

К другим факторам, влияющим на продолжительность ремиссии, выявленным в результате исследования относятся наличие собственной семьи, наличие судимостей в прошлом.

В ходе исследования подтвердилась гипотеза о том, что существуют внешние (социальные, семейные), а также внутренние (психологические) факторы, которые могут оказывать влияние на продолжительность и устойчивость ремиссии лиц, имеющих химические зависимости.

К внешним факторам были отнесены следующие три группы факторов: управление программами реабилитации (отсутствие опыта и квалификации у сотрудников и руководства центра, отсутствие информации о зависимости, плохие условия проживания, большое количество реабилитантов в центре, перегруженность сотрудников, слишком короткий срок реабилитации, неэффективный подбор программы); отсутствие постреабилитационного сопровождения; прохождение детоксикации без последующей реабилитации.

К внутренним факторам, влияющим на негативный исход лицами, проходящими разные программы реабилитации, были отнесены следующие: недостаточность мотивации или отсутствие цели выздоровления, досрочное прерывание реабилитации; отсутствие знаний о зависимости, иллюзии о своем состоянии; отсутствие веры в выздоровление, а также веры в Бога.

ИЗУЧЕНИЕ КАРИОЗНЫХ ПЯТЕННА ЗУБАХ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕПРОРЕЗАВШИХСЯЗУБАХ ЖИВОТНЫХИ ЧЕЛОВЕКА В КАЗАНИ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ФТОРПРОФИЛАКТИКИ

Б.В. Ларионов

ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет, Казань, Республика Татарстан

Цель. Исследовать начальную стадию кариеса зубов - кариозные пятна на стерильных кариозных зубах. Задача. Показать, что начальный кариес зубов на зубах новорожденных, начинается из – за недостаточного поступления фтора еще в утробе матери. Материалы. Окрашено 3 стерильных непрорезавшихся зуба от 3 взрослых, 2 только что удаленных стерильных зуба новорожденных, 30 зубов от 3 свиней, купленных на рынках Казани. На выявленные окрашиванием пятна у 43 детей и 20 взрослых был нанесен фторлак. Методы. Метод окраски кариозных пятен - Аксамит Л.А. (1) «заключается в том, что пораженные поверхности зуба тщательно очищаются от налета тугим ватным тампоном, затем на пораженные поверхности зубов наносят ватный тампон, смоченный 2% водным раствором метиленового синего. Через 3 минуты тампон удаляют, излишки красителя смывают водой и визуально оценивают интенсивность окраски тканей зуба». Метод Б.В. Ларионова отличается тем, что мы окрашиваем не только пятна, а все видимые поверхности зубов. Результаты. Мною и студентами под моим руководством, были окрашены только что удаленные хирургами-стоматологами Казанского мединститута 3 непрорезавшихся - ретенированных зуба у взрослых и 2 только что удаленных зуба новорожденных в Казани. Зубы новорожденных мне любезно предоставил отзывчивый и мудрый профессор Л.А. Козлов. На всех 5 зубах были обнаружены интенсивно окрашенные 2% раствором метиленового синего кариозные пятна. Просто раньше никто пятна на ретенированных зубах и зубах новорожденных не окрашивал, микробноуглеводная теория кариеса Миллера-Боровского такой поиск не подразумевала, но эти факты ее окончательно похоронили. Ранее никто не окрашивал прорезавшиеся и ретенированные зубы свиней. Когда я окрашивал метиленовой синью прорезавшиеся и непрорезавшиеся зубы 3 свиней (голов), купленных на казанских рынках, то на всех 24 исследованных прорезавшихся и 6 непрорезавшихся зубах свиней, обнаруживались интенсивно окрашенные кариозные пятна. Окрашивание зубов для выявления кариозных пятен, предложенное нами, является по сути своей также донозологической диагностикой, так как кариозное пятно – обратимая, поддающаяся фторпрофилактике, стадия кариеса зубов. Какой главный факт впервые в мире установлен нами Аксюк А.Ф., Б.В. Ларионов и др. (2) ранее? Этот факт – значительное снижение пораженности детей 8 лет начальным кариесом зубов (кариозными пятнами) при увеличении содержания фтора в питьевой воде и утверждение (эмпирическое обобщение), что единственная причина кариеса зубов - недостаточное поступление фтора в организм с водой и пищей. При содержании крыс на бесфторно выращенных растениях, крысы погибают от невозможности жевать разрушенными кариесом молярами - McClendon W.C. e.a. ArchivesofBiochemistry, 1943, 1, 51-57.; McClendonJ.F.

Fluorineisnecessaryinthedietoftherat. Federation proceedings.American Institute of Nutrition.(Hahneman Medical College and experimental farm of J.F Mc Clendon).1944; Mc Clendon J.F., Gershon-Cohen J.The effect of fluorine – free food on dental and periodontal structures as revealed by Roentgen studies.The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine.1954, 71, 6, p.1077. Стоит отметить, что в Казанском мединституте им. С.В. Курашова профессор Г.Д. Овруцкий показывал мне опытную делянку, на которой под его руководством на его кафедре выращивались бесфторные растения по методике McClendon W.C. e.a., 1943, для получения кариеса зубов у крыс. Е.В.Боровский, В.К.Леонтьев (3) утверждают: «Общепризнано, что начальным этапом кариозного процесса является деминерализация эмали зубов, возникающая в результате воздействия органических кислот на ее поверхности под зубным налетом». Ну откуда взяться зубному налету и органическим кислотам на стерильных кариозных зубах новорожденных, стерильных ретенированных? А как объяснить пятна на жевательных поверхностях, где налета практически не бывает? Очень важный удар по углеводно-бактериальной теории возникновения кариеса зубов нанесла работа И.Г. Лукомского (4), в которой он обнаружил развившийся кариес в стерильном ретенированном зубе. После знакомства с этой работой, я стал искать в литературе работы по кариесу зубов у новорожденных и нашел такую работу – В.Д. Полторацкая, Ю. А. Федоров, Е.И. Русак (5), описали стерильный кариозный зуб у новорожденного. Это заставило меня просить профессора Л.А. Козлова найти для меня зубы новорожденных. Наши исследования совместно со студентом Р.Р. Хакимовым о влиянии фторлакана исчезновение части белых пятен у 43 детей и 20 взрослых подтверждают достоверность парадигмы - единственная причина кариеса зубов - недостаточное поступление фтора в организм с водой и пищей. Выводы. В биогеохимических провинциях со значительным недостатком фтора, как, например, в Казани, зубы прорезываются у человека и животных (свиней) с кариозными пятнами.

Литература.

1. Аксамит Л.А. «Результаты клинических и экспериментальных исследований». М., 1973, 3-4
2.Аксюк А.Ф., Б.В. Ларионов, Х.С. Хамитов, В.М. Смирнов, Г.Д. Овруцкий, Х. М. Сайфуллина, С.В. Макаров, А.Н. Галиуллин, В.Е. Михайлова, О.В. Верещагина, Л.Л. Кириллова, С.Г. Никитина, И.А. Мирзин, В.Г. Захаров, А.Н. Мулюкова. Географическое распространение начального кариеса зубов (в стадии пятна) при различном содержании фтора в питьевой воде. Методологические основы медицинской географии. Тезисы докладов VI Всесоюзной конференции по медицинской географии. Л., 1983, 144-145. Реферат 1.36.164 опубликован в Реферативном журнале Медицинская география, 1984, 1.
3. Боровский Е.В., В.К.Леонтьев. Стоматология, 2002, 81, 5, 26-28.
4. Лукомский И.Г. Находки в ретенированном зубе. Советская стоматология. 1931, 3-4, 21-29.
5. Полторацкая В.Д., Ю.А. Федоров, Е.И. Русак. Терапевтическая стоматология, вып. 7. Киев, 1972, с. 73-75.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОГО ТРЕНАЖЕРА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО «КАПИТАН» В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ДОМАШНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

В.В. Лученков
ФГКУ ГВКГ им. Н.Н. Бурденко Минобороны России, Москва, Россия

Цель исследования. Определение возможности повышения доступности и эффективности комплексной реабилитации пациентов после инсульта в домашних условиях при помощи многофункционального тренажера реабилитационного «Капитан».

Основные задачи, которые решаются при использовании многофункционального тренажера реабилитационного «Капитан»: восстановление двигательных функций, постуральной устойчивости, координации движений, активизация и усиление процессов нейропластичности, профилактика осложнений инсульта, повышение уровня качества жизни.

В исследовании приняли участие 7 человек, 5 мужчин и 2 женщины в возрасте от 54 до 60 лет, перенесших ишемический инсульт в левой средней мозговой артериальной системе. Занятия на тренажере начинались с 22 – 25 суток с момента развития инсульта. У всех пациентов при выписке из стационара определялись параметры позволяющие определить динамику проводимых реабилитационных мероприятий в составе комплексной домашней реабилитации при помощи тренажера «Капитан». Движения в конечностях и нарушение их координации оценивались по шкале NIHSS. Возможность самообслуживания по шкале Рэнкина. Краткая шкала оценки психического статуса MMSE.

Реабилитационные модули, реализованные в многофункциональном тренажере реабилитационном «Капитан»: «Ступенька и поручень» для восстановления двигательной функции нижней конечности, тренировки постуральной устойчивости. При этом пациент удерживается руками или рукой за поручень, который расположен прямо перед ним и попеременно поднимает ноги на ступеньку с регулируемой высотой от 10 до 45 сантиметров от пола. Опираясь на «поручень» выполняет подъёме на носочки. «Манупед» позволяет восстанавливать силу и объём движений в паретичных конечностях за счет движений в конечностях с противоположной стороны. «Штурвал» и «веревочный противовес» предназначены для восстановления двигательной способности верхней конечности и профилактики осложнений. Принципиальное отличие «веревочного противовеса» от «штурвала» заключается в выраженной дополнительной нагрузке и тренировке постуральной устойчивости, так как жесткая опора отсутствует, пациент, работая с веревочной конструкцией вынужден, чтобы не упасть постоянно, контролировать свое равновесие. При помощи блока «болты» тренировали и проводили реабилитацию мелкой моторики кистей рук и пальцев кисти. Этого добивались путем использования болтов разной формы, размера и силы требующейся для закручивания и

выкручивания их. «Мячики на мачте» использовались для восстановления координации движений. Пациент поочередно захватывает мячики кистью паретичной руки, которые свободно закреплены на веревках.
Конструкция тренажера сборно-разборная, легко трансформируется, и имеет широкий диапазон настроек, что позволяет обеспечить индивидуальную настройку под конкретного пациента.
Реабилитационная программа состояла в ежедневном занятии на тренажере пациентом со всеми блоками самостоятельно не реже двух раз в сутки и занятия с инструктором в течение часа два раза в неделю на протяжении двух месяцев.
В результате приведенного реабилитационного комплекса у всех пациентов отмечалась исключительно положительная динамика. По шкале NIHSS от 6-4 баллов до 0-1 балла, по шкале Рэнкина от 4-5 баллов до 2-3 баллов, по шкале MMSE от 20-23 баллов до 29-30 баллов.
Выводы. Таким образом, доступность и эффективность комплексной реабилитации пациентов после ишемического инсульта в домашних условиях значительно повышается с использованием многофункционального тренажера реабилитационного «Капитан».

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ НЕЙРОТИЗМА ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В.Н. Любчик, А.В. Курганова, Л.А. Писаная
НИИ детской курортологии и физиотерапии, Евпатория, Республика Крым

В условиях санаторно-курортной реабилитации у детей из группы риска по туберкулёзу (с хроническим компенсированным тонзиллитом в фазе ремиссии) был определён уровень нейротизма по методике Айзенка, проведено обследование по тесту ТДСФС Доскина и определение показателей вегетативной регуляции (по индексу напряжения и вегетативной реактивности).
Целью исследования было выявление различий психоэмоциональных характеристик, а также некоторых функциональных показателей у детей с хроническим тонзиллитом и с положительной реакцией на туберкулин, входящих в группу риска по туберкулёзу. В I группу (с высоким уровнем нейротизма) и II группу (с низким уровнем нейротизма) были включены по 40 детей в возрасте от 11 до 15 лет. Распределение по полу в сравнительных группах было равным. Отбор детей для обследования проходил по методу случайной выборки. Все дети получали комплекс санаторно-курортной реабилитации, включавший щадяще-тонизирующий двигательный и климатический режим, диету № 15, групповую ЛФК, ручной массаж воротниковой области (№ 10), гальваногрязелечение области подчелюстных лимфоузлов (№ 10), аэрозольтерапию (№ 10). В I группе у детей было достоверно больше жалоб в среднем на одного ребёнка, чем во II-й (соответственно 4,1±0,25 и 3,1±0,28, $p<0,05$). У детей I группы были достоверно выше показатели раздражительности и утомляемости и ниже – уровень комфортности, который был у них средним, у детей II группы – высоким. После санаторно-курортной реабилитации у детей обеих групп достоверно снизилось среднее количество жалоб на одного ребёнка: в I группе до 2,4%±0,2 ($p<0,01$), во II группе до 2,0±0,2 ($p<0,05$). В II группе сохранился нормотонический тонус и индекс вегетативной регуляции (ВР) в пределах допустимых величин, у детей I группы исходно нормотонический тип показателя ВР сменился симпатикотоническим (со значением 3,2±0,3 усл. ед., $p<0,05$). У детей II группы по коэффициенту парной корреляции прослежен более широкий спектр корреляционных связей между показателями нейротизма, психоэмоционального статуса и показателями вегетативного тонуса и ВР, – в отличие от I группы. При сравнении уровня нейротизма у детей сравнительных групп после проведённого восстановительного лечения выявило снижение его показателей у детей I-й группы с 18,4±0,9 до 14,0±1,0 баллов ($p<0,01$), у детей II группы оно составило от 8,4±0,7 до 7,2±0,9 баллов.
Выводы. 1. Эффективность санаторно-курортного этапа реабилитации в обеих сравнительных группах (по результатам оценки по разработанной нами 5-балльной шкале) характеризовалась как «незначительное улучшение».
2. В группе детей с исходно низким уровнем нейротизма эффективность лечения составила на 5,4% больше в сравнении с группой детей с высоким уровнем нейротизма.

МЕТОДОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЮ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ: ТЕОРИЯ – ПРАКТИКА – РЕЗУЛЬТАТ

А.В. Ляхович, А.Н. Коломенская, Л.М. Медведь
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Критическое состояние здоровья детей и подростков актуализирует профилактику как генеральное направление здравоохранения, которое следует совершенствовать в деятельности детских поликлиник и общеобразовательных школ. В течение 10 лет проводилось исследование по авторской программе «Здоровье в общеобразовательной школе», которая успешно реализована в ряде московских школ. Гигиеническое обучение и воспитание школьников оказалось результативным: уровень их информированности по проблемам ЗОЖ составил 80-90%, 70,4% юношей и 62,7% девушек стали более осознанно относиться к своему здоровью. Исследование по профилактике нарушений и заболеваний костно-мышечной системы позволило впервые достоверно снизить распространенность патологических состояний у детей и подростков по 7-ми из 14-ти показателей и избыточной массы тела. В связи с реформой

поликлиник и организацией Центров здоровья выполняется научное исследование на территории Северо-Восточного административного округа Москвы: «Совершенствование методологии формирования здоровья подрастающего поколения в условиях общеобразовательной школы и детской поликлиники с Центром здоровья». Впервые в стране разработана концепция «Взаимодействие коллектива школьного комплекса и детской поликлиники с Центром здоровья по формированию здоровья детей» и её организационно-профилактическая модель. Основу концепции составляют три подсистемы: образовательно-психолого-воспитательная, медико-профилактическая, научная. Цель: формирование ЗОЖ, сохранение и укрепление здоровья, профилактика и снижение заболеваемости детей. В течение 2-х лет проводилось социологическое исследование среди учителей, врачей и медицинских сестёр с анализом уровня знаний по проблемам ЗОЖ, и потребности в медико-гигиенической информации. В связи с полученными данными в поликлинике и школе были проведены семинары и прочитан ряд лекций для врачей, учителей, родителей. В общеобразовательных школах предусмотрено обучение здоровью школьников по авторской программе. Проведены диагностика знаний по проблемам ЗОЖ старшеклассников и мониторинг здоровья учителей базовой школы № 1370 (автоматизированная оценка психологического, соматического, психофизиологического статуса). Поликлинике и школе предоставлен комплекс научно-методических и научно-популярных материалов. Впервые в условиях первичного звена здравоохранения – в Детской городской поликлинике № 125 проводится работа по профилактике перинатальной патологии недоношенных детей (с массой тела 750 – 1500 – 2000 г). В декабре 2013 г. проведена Первая окружная (СВАО) Межполиклиническая научно-практическая конференция «Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний среди школьников-подростков» с публикацией в журнале «Главврач». Таким образом, формирование «глобальной профилактической среды» (в условиях школы, детской поликлиники, семьи, социальной и природной среды), как базисный принцип сохранения и укрепления здоровья, оптимизирует позитивную динамику показателей здоровья подрастающего поколения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЯ ОБЪЕМНОЙ АКТИВНОСТИ РАДОНА В ПОМЕЩЕНИЯХ ВГМА ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО

Н.Ю. Мазуренко, А.А. Натарова, В.И. Каменев
ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения России, Воронеж, Россия

Радиоактивные элементы естественного происхождения присутствуют повсюду в окружающей среде и наиболее опасен в этом плане радиоактивный, невидимый, не имеющий вкуса и запаха тяжёлый газ радон. Согласно текущей оценке НКДАР ООН, радон вместе со своими дочерними продуктами радиоактивного распада ответственен примерно за ¾ годовой индивидуальной эффективной эквивалентной дозы облучения, получаемой населением от земных источников радиации. Из трех изотопов радона (радон, торон и актинон), представляющих собой радиоактивные газы, наибольшую опасность для населения представляет радон-222. Он образуется в результате радиоактивного распада радия-226, содержащегося в горных породах и постоянно поступает в атмосферу из земных недр. При распаде все три изотопа радона образуют дочерние продукты распада (ДПР). Они являются химически активными. Большая часть ДПР, присоединяя электроны, становится ионами и легко присоединяется к аэрозолям воздуха, становясь его составной частью. Попадая в дыхательные пути, ДПР радона вызывают радиационные повреждения лёгких и бронхов. Из сказанного вытекает, что всестороннее исследование одного из основных источников облучения людей – радона – является основной задачей обеспечения радиационной безопасности населения. Защита людей от его воздействия имеет не только радиационно-гигиеническое, но и социальное значение.

Целью настоящего исследования явилась оценка радиационной обстановки в помещениях Воронежской государственной медицинской академии (ВГМА).

При проведения исследования были поставлены следующие задачи:

- измерить уровень объемной активности (ОА) радона в помещениях ВГМА;
- выявить места наибольшего скопления радона;
- выявить причины различной объемной активности радона в помещениях.

Материал и методы. Радон освобождается из почвы и воды повсюду, однако в разных точках земного шара его концентрация в наружном воздухе различна. Средний уровень концентрации радона в воздухе примерно равен 2 Бк/м3. Концентрация радона в воздухе зависит в первую очередь от геологической обстановки (так, граниты, в которых много урана, являются активными источниками радона, в то же время над поверхностью морей радона мало), а также от погоды (во время дождя микротрещины, по которым радон поступает из почвы, заполняются водой; снежный покров также препятствует доступу радона в воздух).

Радон концентрируется в воздухе внутри помещений лишь тогда, когда они в достаточной мере изолированы от внешней среды. Поступая внутрь помещения тем или иным путем (просачиваясь через фундамент и пол из грунта или, реже, высвобождаясь из материалов, использованных в конструкции дома), радон накапливается в нем. В результате в помещении могут возникать довольно высокие уровни радиации, особенно если дом стоит на грунте с относительно повышенным содержанием радионуклидов или, если при его постройке использовали материалы с повышенной радиоактивностью. Герметизация помещений с целью утепления только усугубляет дело, поскольку при этом еще более затрудняется выход радиоактивного газа из помещения.

Основную часть дозы, обусловленную радоном, человек получает, находясь в закрытом, непроветриваемом помещении. В зонах с умеренным климатом концентрация радона в закрытом помещении примерно в 8 раз выше, чем в наружном воздухе.

Учитывая все выше перечисленное, нами были проведены измерения объёмной активности радона в помещениях ВГМА, которые осуществлялись с помощью радиометра РРА-01М. Этот прибор предназначен для экспрессных измерений в диапазоне от 20 до 20000 Бк/м3.Радиометр обладает достаточной чувствительностью.
Принцип метода основан на электростатическом осаждении заряженных ДПР из анализируемого воздуха на поверхность полупроводникового детектора альфа-частиц. ОА радона – 222 определялась по количеству зарегистрированных альфа-частиц при распаде RaA (Po), время измерения составляло 20 минут.
Измерения проводились в старом и новом корпусах академии. В первую очередь обследовались помещения, находящиеся в контакте с землей - в подвалах и на первых этажах. Кроме того, были обследованы помещения вышележащих этажей.
Результаты. Было установлено, что каждое помещение имеет определенную концентрацию радона в воздухе. Уровни радона значительно отличались в корпусах и в различных помещениях корпусов. Концентрации радона в помещениях в определенной степени определялись режимами проветривания. В часто проветриваемых помещениях ОА радона были ниже чувствительности прибора.
Распространение концентрации радона в зданиях зависело от этажа. Наибольшая ОА радона обнаружена в подвальных помещениях. Концентрации радона на первых и вышележащих этажах в старом и новом корпусах не превышало значений в подвальных помещениях. Также отмечалась разница в показателях ОА радона в старом и новом корпусе, что выявляет еще один фактор, влияющий на его уровень - это конструкция перекрытий.
Поэтажное распределение объемной активности радона в новом и старом корпусах распределилось следующим образом:
- в новом корпусе, в подвале концентрация радона составила 125 Бк/ м3;
- в подвале старого корпуса импульсы были обнаружены, но ОА радона была ниже чувствительности прибора;
- на первых и вышележащих этажах обоих корпусов концентрация радона была меньше 20 Бк/м3

Выводы. 1) Исследования, проведенные в ВГМА, показали, что в большинстве помещений обнаруживаются определенные концентрации радона, зависящие от многих факторов (конструкции здания, этажности, особенности вентиляции, метеорологических и микроклиматических параметров).
2) Более высокие концентрации радона обнаруживаются в подвальных помещениях, что диктует необходимость ограничения и исключения размещения учебных помещений с длительным пребыванием студентов.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ АПОПТОЗА КЛЕТОК ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ

А.Т. Маншарипова, Р.И. Мухамедиев, Л.Б. Джансугурова, Э. Хусаинова , З.А. Беркимбаева, Е. Мухамедиева, Ахсан Али, Е.М. Лекеров
Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан
Международный университет информационных технологий, Алматы, Казахстан
Институт общей генетики и цитологии МОН РК, Алматы, Казахстан
Рижский технический университет, Рига, Латвия
Ассоциация Акшам, Алматы, Казахстан

Визуализация исследований в области механизмов развития сердечно-сосудистых заболеваний являются крайне актуальными на сегодняшний день в силу широкого распространения данной патологии. Из всех сердечно-сосудистых заболеваний 2/3 приходится на долю ишемической болезни сердца (ИБС). Научные обобщения в области изучения апоптоза кардиомиоцитов и эндотелиоцитов при коронарной недостаточности свидетельствуют о том, что процесс является важным компонентом гибели клеток сердечно-сосудистой системы при заболевании [1,2,3]. Несмотря на обширные знания, полученные в течение многолетних исследований в данной области, развитие программированной клеточной гибели при коронарной недостаточности является недостаточно изученной [4,5]. Это связано со сложностью патогенеза, полиморфностью клинического течения различных форм, тяжестью осложнений. Имеются единичные сообщения о регуляции процессов апоптоза при коронарной недостаточности. Нами не найдено работ по визуализации механизмов апоптоза различных клеток сердечно-сосудистой системы и воздействия на него лекарственных препаратов из группы нитратов.
Поэтому работы, связанные с изучением путей реализации процессов апоптоза при ишемической болезни сердца и коронарной недостаточности, возможности его регуляции актуальны для профилактических программ.
Целью работы была визуализация программированной клеточной гибели клеток сердечно-сосудистой системы для профилактических и научно-образовательных программ.
Материалы и методы исследования. Применялись аналитический анализ, методы информационных технологий. Использованы системы преобразующей описательные модели с ограниченным набором параметров в визуализированную модель из ограниченного массива моделей, а также созданные в CellML и SBML.
Пользовательские интерфейсы представлены на нескольких уровнях: интерфейс прикладного программирования, интерфейс консоли, графический интерфейс пользователя.
В результате работы созданы и визуализированы экспериментальные материалы по влиянию оксида азота на процесс программируемой клеточной гибели на основе экспериментов над дрозофилами, по влиянию оксида азота или его донатора на процесс программируемой клеточной гибели кардиомиоцитов, показана антиапоптотическая функция белка теплого шока hsp70 в эксперименте. В результаты работы проанализированы подходы к созданию системы

моделирования и визуализации моделей процесса программируемой клеточной гибели при развитии ишемической болезни сердца. Рассмотрены возможные направления развития системы визуализации из которых наиболее сложным, но и наиболее перспективным представляется создание системы преобразующей изменения параметров модели, созданной в одной из сред моделирования, в изменения визуального 2-х или 3-х мерного объекта. Были экспериментально апробированы путем разработки видеороликов и программ описанные направления визуализации для профилактических и научно-образовательных программ. При этом были разработаны 3 видеоролика. Нами рассмотрена, промоделирована и анимирована с помощью специально разработанной программы и игрового движка модель бистабильности апоптоза. Разработан прототип парсера, обеспечивающий поддержание моделирования клеточных процессов на базе языков CellML и C#. В ходе дальнейших исследований планируется разработка системы визуализации моделей клеточных процессов.

Разрабатываемое программное обеспечение импортирует csv документ, с результатами вычислений, и xml документ с описанием модели и показывает анимированный процесс апоптоза на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях. Расположение и внешний вид компонентов будут визуализированы в соответствии с известными моделями клетки. В процессе анализа модели пользователь может выбирать отдельные стадии процесса апоптоза и визуализировать стадию за стадией, либо выбрать один компонент и просмотреть все реакции, в которых он участвует.

Таким образом, нами представлены некоторые механизмы программирования для визуализации апоптоза клеток сердечно-сосудистой системы, что может широко использоваться в профилактических и научно-образовательных целях. Работа была поддержана грантом 1758/ГФ-ОТ13МОН РК (№ 629).

Литература.

MacLellanW.R., SchneiderM.D. Deathbydesign. Programmedcelldeathincardiovascularbiology and disease // Circ Res. – 1997. - №81. – P.137–144.

Elsasser A., Suzuki K., Schaper J. Unresolved issues regarding the role of apoptosis in the pathogenesis of ischemic injury and heart failure // J Mol Cell Cardiol.-2000. - №32. – P.711–724.

Narula J., Kolodgie F.D., Virmani R. Apoptosis and cardiomyopathy // CurrOpinCardiol. – 2000. - №15. – P.183–188.

Rodriguez M., Lucchesi B.R., Schaper J. Apoptosis in myocardial infarction // Ann Med. – 2002. - №34. –P.470–479.

Takemura G., Fujiwara H. Role of apoptosis in remodeling after myocardial infarction // PharmacolTher. – 2004. – №104. – P.1–16.

ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ ФИТОБАЛЬЗАМА «Ювелакс» ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

А.Т. Маншарипова

Казахстанско-Российский Медицинский Университет, Алматы, Республика Казахстан

Увеличение продолжительности жизни человека является одной из важнейших задач геронтологии и, в целом, современной профилактической медицины [1]. Одним из перспективных направлений в геронтологии является поиск и изучение геропротекторов - веществ, способных увеличивать продолжительность жизни. В отличие от гериатрических средств, предназначенных для лечения заболеваний и/или улучшения качества жизни у пожилых людей, геропротекторы должны применяться и в молодом и в зрелом возрасте. В связи с этим встает вопрос о безопасности их длительного применения, что включает исследование не только непосредственных побочных и токсических эффектов, но и отдаленные последствия [1]. К сожалению, широко распространено мнение о низкой токсичности и «безвредности» препаратов из растительного сырья, даже при длительном применении и предлагается огромное количество средств для продления жизни и «омоложения», без какого-либо серьезного обоснования их эффективности и безопасности [2].

В состав «Ювелакса» входит комплекс масел, полученных из растительного сырья: тыквы, крапивы двудомной, зародышей пшеницы, облепихи, пальмы и в качестве наполнителя масло подсолнечника. Антиоксидантная активность препарата предполагает возможность его использования как средства для борьбы с возрастными изменениями и увеличения продолжительности жизни [2]. Предложение использовать антиоксиданты в качестве геропротекторов основано на свободно-радикальной теории старения. Доказано, что с возрастом наблюдается усиление интенсивности процессов перекисного окисления липидов, снижается антиоксидантная защита организма [1,3]. Это является важным этиологическим фактором возникновения ряда хронических болезней, а также приводит к появлению большинства признаков старения [3-5].

Целью работы было изучение токсических эффектов после длительного применения масляного бальзама «Ювелакс» у половозрелых крыс. Данное исследование направлено на установление безопасности при длительном введении фитопрепарата для дальнейшего применения в геронтологической практике.

Методы исследования. В экспериментах были использованы аутобредные крысы, обоих полов, возраст 24-26 недель. Группы животных формировали методом случайной выборки с учетом массы тела в качестве определяющего показателя. Животные подопытной группы получали «ювелакс» в течение 60, 90, 120, 150 и 180 дней (контрольные точки) ежедневно с интервалом в 24 часа в дозе 5 мл/кг (по 1 мл на особь). Контрольная группа получала подсолнечное рафинированное масло в таком же режиме и дозе. После контрольной точки животных делили на три части: одна продолжала получение препарата, животных из второй части декапитировали для проведения биохимических и патоморфологических исследований, в третьей прекращали введение препарата для изучения обратимости изменений и возможности развития синдрома отмены. Интегральными показателями интоксикации

служили: выживаемость; прирост массы тела; потребление пищи и воды; внешний вид (состояние волосяного и кожных покровов), общее поведение животных, измерение ректальной температуры. Проводили гематологические и биохимические исследования сыворотки крови. Патоморфологическое исследование включало некропсию, макроскопическое описание, взвешивание и гистологическое исследование внутренних органов.

Результаты и обсуждение. Проведенное экспериментальное исследование позволило установить, что препарат хорошо переносится, значительно улучшает внешний вид, состояние волосяного покрова животных, работу желудочно-кишечного тракта, не вызывает существенного увеличения или уменьшения в количестве потребляемой пищи по сравнению с контрольной группой. Отмечено, что вес животных, получавших препарат, равномерно увеличивался на протяжении всего срока исследования, но в меньшей степени, чем в контрольной группе. В группах получавшей «Ювелакс», не отмечали гибели животных. В контрольной группе животных погибло 12 особей. Гибель животных фиксировалась в течение 2-го месяца после отмены контрольного вещества (группы после 4-х, 5-ти и 6-ти месяцев применения).

При длительном применении «ювелакс» не оказывал отрицательного воздействия на функциональную активность основных органов и систем, биохимические показатели метаболических процессов. На протяжении всего хронического эксперимента не обнаружено повреждающего действия «ювелакса» на печень. Активности аспартат–аланинаминотрансфераз, щелочной фосфатазы и общей лактатдегидрогеназы в сыворотке крови животных не выходили за пределы физиологической нормы для данного вида лабораторных животных. «Ювелакс» уменьшал интенсивность катаболизма пуринов, о чем свидетельствует снижение уровней мочевой кислоты в сыворотке крови у животных принимавших препарат в течение 120, 150 и 180 дней, по сравнению с контрольной группой. Применение «ювелакса» замедляло возрастное повышение уровня холестерина по сравнению с контрольной группой и интактными животными.

Макроскопическое исследование на 60, 90, 120, 150 и 180 сутки после введения «ювелакса» не выявило патологических отклонений: расположение внутренних органов было правильным, не отмечалось ни их спаянности, ни резкого увеличения или уменьшения размеров. Значительным отличием было уменьшение висцерального жира у подопытных животных, по сравнению с контрольными. Исследование показало, что чем длительнее прием препарата, тем меньше у животных количество жира, накапливающегося вокруг внутренних органов в брюшной полости, то есть препарат обладает действием, предотвращающим или снижающим ожирение. Хорошо известно снижение мышечной массы тела и увеличение накопления жира с возрастом. У более тучных крыс продолжительность жизни меньше, чем у более легких. Обнаруженный эффект ингибирования накопления висцерального жира означает, что препарат «Ювелакс», в какой то степени, замедляет процесс старения организма.

Вывод. Исследование показало безопасность длительного использования масляного бальзама «Ювелакс» в доклинических исследованиях и возможность его использования для профилактики возраст-ассоциированных заболеваний.

Литература.

1 Анисимов В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения: в 2т.- СПб.-Наука.- 2008.-Т.1.- 482 с.

2 Крылов А.А., Марченко В.А., Максютина Н.П., Мачур Ф.И. Фитотерапия в комплексном лечении заболеваний внутренних органов. Киев: Здоровья.-1991.-240 с.

3 Мельниченко В.И. Антиоксиданты в ветеринарии: новые возможности // Ветеринарная клиника.-№ 7.- 2006 .- С.3-5.

4 Суховольский О.К. Бахта А.А.Карпенко Л.Ю. Возрастные особенности состояния антиоксидантной системы организма здоровых собак // Успехи геронтологии.- 2008.- С.21-24

5 Holzenberger M., Dupont J., Ducos B., Leneuve P., Geloen A., Even P.C., Cervera P., Le Bouc Y. IGF-1 receptor regulates lifespan and resistance to oxidative stress in mice // Nature.- 2003.- №421.- P.182-187.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ ГОРОДА МОСКВЫ

Л.М. Медведь, А.В. Ляхович, А.И. Маркова

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

ДГП №125 Департамента здравоохранения СВАО г. Москвы, Москва, Россия

Актуальность. Критическое состояние здоровья школьников к концу обучение в школе и отставание профилактической составляющей предпринимаемой представителями и медицинских и образовательных структур деятельности по здоровьесбережению учащихся обусловили актуализацию разработанной нами «Организационно-профилактической модели формирования здоровья школьников в условиях общеобразовательной школы и детской поликлиники с Центром здоровья».

Целью исследования является выявление уровня профилактической активности учащихся старших классов в вербальном и реальном проявлениях.

Методы и материалы. В рамках внедрения Модели проведено социологическое исследование 320 старшеклассников 9-и общеобразовательных школ Северо-восточного округа административного округа Москвы с помощью анонимной анкеты, содержащей 166 вопросов (602 позиции). Изучен широкий круг вопросов, характеризирующих отношение к здоровью и, в том числе, все аспекты медицинской активности школьников – кратность заболеваний, наличие хронических заболеваний, поведение в ситуации болезни, профилактическая активность.

Результаты и выводы. Важнейшим критерием отношения к здоровью в вербальном проявлении является мнение респондентов о месте здоровья в системе жизненных ценностей и ментальность опрашиваемых в аспекте здоровья. Большая часть старшеклассников выбирают позицию «здоровье – необходимое условие полноценной жизни» - 63,0%. Насколько данная позиция в отношении к здоровью является личной позицией ответившего могут показать ответы на вопросы о личной заботе о здоровье, о месте здоровья в системе жизненных ценностей и реально реализуемое в образе и стиле жизни отношение к здоровью. 8,0% и 17,0 % старшеклассников составляют в сумме группу тех, кто предпочитает жить, не думая о здоровье и тех, кто полагает, что есть другие ценности, которые не менее важны, чем здоровье. Такая точка зрения свойственна данной возрастной группе молодежи (15 -17 лет), у которой мотивация заботы о здоровье не сформирована в силу отсутствия его дефицита и завышенной в большинстве случаев самооценки собственного здоровья.

Исследуя поведение старшеклассников, характеризующее их медицинскую активность, необходимо рассмотреть структуру мотивов посещения врача. Только две позиции имеют достаточный статистический вес: «посещение врача в случае заболевания» - 47,2% и «для прохождения диспансеризации» - 21,4%. Первая показывает проявление заботы о здоровье в случае его временной утраты. Вторая - о необходимости прохождения диспансеризации, имеющая профилактическую направленность, не является инициативой самого респондента, а проводится усилиями школы и поликлиники как обязательная для всех учащихся школ. В сумме лишь восемь процентов опрошенных руководствуются при посещении врача истинно профилактическими мотивами: такими, как осуществление контроля здоровья с целью предупреждения заболеваний и потребности получения советов и рекомендаций по здоровому образу жизни. Не следует забывать, что максимальный возраст этой группы школьников не превышает 17-ти лет, поэтому претензии о несформированности у них здоровьесберегающих навыков следует адресовать, в первую очередь, семье и школьному сообществу.

Совместные усилия трех важнейших субъектов формирования здоровья детей – семьи, школьного коллектива и медицинских работников детской поликлиники, могут переломить ситуацию, что будет способствовать повышению профилактической активности подрастающего поколения в аспекте здоровья.

ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Е.А. Мельникова, А.Н. Разумов

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

В настоящее время среди заболеваний среднего и старшего возраста одно из ведущих место занимает инсульт. Целью работы является поиск надежных критериев для определения функционального прогноза и контроля процесса реабилитации таких пациентов. Материалы и методы. Мы обследовали 40 пациентов, перенесших инсульт, в возрасте от 55 до 75 лет (средний возраст 65 лет), 20 мужчин и 20 женщин. 25 (62,5%) пациентов имели инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, 3 (7,5%) пациента - в вертебро-базиллярном бассейне и 12 (30%) - в бассейне правой средней мозговой артерии. Давность инсульта составляла от 4 месяцев до 5 лет (в среднем 2,5 года). Пациенты проходили курс реабилитации. Всем пациентам проводили клинический неврологический осмотр, расширенное нейропсихологическое тестирование с качественной и количественной оценкой результатов, нейрофизиологическое обследование в динамике, включавшее исследование вызванных потенциалов головного мозга (когнитивные потенциалы, акустические стволовые потенциалы). По окончании курса реабилитации всех пациентов дополнительно оценивали по шкале реабилитационного профиля активностей. Результаты и обсуждение. У всех больных были выявлены когнитивные расстройства легкой (ЛКР), или умеренной (УКР) степени выраженности. ЛКР выявлены у 17 (42,5%), УКР – у 23 (57,5%) больных. У больных с ЛКР выявленные нарушения имели нейродинамический характер. У пациентов с УКР симптомы обусловлены преимущественно дисфункцией лобно-подкорковых структур, у части пациентов (10%) выявлены мнестические расстройства гиппокампального генеза. Уровни тревоги и депрессии не превышали легкой или умеренной степени выраженности. При исследовании вызванных потенциалов головного мозга установлено, что удлиненные межпиковые латентные периоды коротколатентных акустических потенциалов, удлинение латентности потенциала P300 и нарушение соотношения амплитуд позитивной и негативной частей волны условно-негативного отклонения были характерны преимущественно для пациентов с УКР, имевших нарушения равновесия, сопровождавшиеся высоким риском падений. У таких пациентов улучшение двигательных функций на фоне реабилитации происходило медленнее и было менее выражено по сравнению с пациентами, имевшими УКР, у которых параметры вызванных потенциалов головного мозга оставались в пределах возрастной нормы ($p<0,05$). Улучшение параметров вызванных потенциалов в динамике на фоне реабилитации коррелировало с улучшением двигательных функций руки и ноги. Выводы. Согласно предварительно полученным нами данным, вызванные потенциалы головного мозга в сочетании с результатами расширенного нейропсихологического обследования могут являться объективным показателем для прогнозирования и контроля динамики когнитивных и двигательных функций в процессе реабилитации.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ РУКИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Е.А. Мельникова, А.Н. Разумов
ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Нарушение функции руки у пациентов с очаговыми поражениями головного мозга является одной из основных причин стойкой инвалидизации и снижения социальной активности.

Цель работы. Поиск методов и критериев для определения вероятности и полноты восстановления функции руки, что является необходимой составляющей для адекватного планирования реабилитационных мероприятий. Соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП) позволяют изучить проведение афферентных импульсов при электрической стимуляции периферических нервов на всем протяжении сенсорных проводящих путей: через задние канатики спинного мозга, ствол мозга, таламокортикальный путь в кору полушарий большого мозга.

Материалы и методы. Мы обследовали 45 пациентов (40 – с инсультом, 5 – с черепно-мозговой травмой) в возрасте от 36 до 82 лет (средний возраст 59 лет), 26 (58%) мужчин и 19 (42%) женщин. В исследование были включены пациенты с ишемическим инсультом полушарной и стволовой локализации в сроки от 6 месяцев до 8 лет с момента инсульта, у 5% пациентов были повторные инсульты. Мы применяли метод ССВП с целью уточнения локализации церебрального поражения и выявления состояния проводящих путей на различных уровнях для правильной оценки степени выраженности патологических нарушений. Методика проведения ССВП: для стимуляции был выбран срединный нерв, регистрацию ответов проводили при стимуляции пораженной и здоровой руки. На соответствующих усредненных кривых выделяли компоненты N9 (ответ плечевого сплетения), N11-13 (шейный сегмент спинного мозга), N20-P25 (зона корковой проекции руки - компонент ближнего поля). Кроме того мы проводили пациентам нейропсихологическое обследование, включавшее скрининговую оценку состояния лобной функции, неврологическое обследование (с обязательной балльной оценкой поверхностной и глубокой чувствительности), количественную оценку двигательных функций с помощью индекса Мотрисайти, мышечного тонуса по шкале Ашфорта, мышечной силы по шести бальной шкале в динамике. Все пациенты получали комплексную реабилитацию.

Результаты и выводы. Мы выявили, что снижение скорости внутрицентрального сенсорного проведения и удлинение латентного периода компонента N20 с пораженной руки более чем на 50%, по сравнению с противоположной стороной, достоверно чаще ($p<0,05$) наблюдалось у пациентов с выраженным парезом (2-3 балла), степенью спастичности по шкале Ашфорта 3-5 баллов и выраженным снижением индекса мобильности. Для таких пациентов было характерно менее выраженное восстановление на фоне проведения комплексных реабилитационных мероприятий. В случае наличия удлиненного более чем на 50%, латентного периода компонента N20 в сочетании с лобной дисфункцией умеренной или тяжелой степени выраженности, улучшения двигательной функции руки на фоне реабилитации практически не происходило. Приведенные результаты являются предварительными, планируется детальное изучение степени редукции сенсорного проведения в сочетании с другими данными для более точного прогнозирования возможности восстановления функции руки в процессе реабилитации.

СКОРИНГОВЫЕ КАРТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ТЕХНИКА ПОСТРОЕНИЯ МОДЕЛИ, ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДАННЫХ, ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА

К.С. Мильчаков
ПМГМУ имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Ряд проблем современной медицины не может быть решен, опираясь только на практический опыт врачей-клиницистов и требует применения вычислительных методов. Модели патологических процессов и состояний, а также создаваемые на их базе системы оценки различных показателей (скоринговые системы) играют особую роль в математическом моделировании для оценки тяжести состояния пациента, степени нарушений функций организма, стадирования заболеваний, вероятности наступления какого-либо исхода патологического состояния — смерти, выздоровления, ремиссии, обострения, рецидива состояния. Обычно при создании скоринговых систем в медицине используются методы статистики (анализ корреляций, регрессионный анализ, факторный анализ, дискриминантный анализ, анализ выживаемости, анализ временных рядов), а также data mining - совокупность методов для извлечения ранее неизвестных знаний из наборов данных. Такими методами являются деревья решений, искусственные нейронные сети, нечеткая логика, метод опорных векторов.

Для оценки рисков у нефрологических больных уже существует достаточно большое количество шкал, например, общие неспециализированные шкалы – APACHE, SAPS, MPM, SOFA. В ряде исследований эти системы показывают хорошую разрешающую способность при оценке именно нефрологических пациентов. В нашем исследовании на примере большой выборки нефрологических больных нами были продемонстрированы возможности скоринговой модели оценки вклада независимых предикторов в формирование резистентной артериальной гипертензии (РАГ) у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН). В ходе анализа 421 истории болезни и данных анкетирования о пациентах был собран большой массив клинической и поведенческой информации (120 показателей), который был подвергнут математическому анализу, был использован метод построения - логистическая регрессия. Данные были подвергнуты унивариантному анализу при котором была использована автоматическая система поиска оптимальной

разбивки непрерывных данных. Этот метод заимствован из банковской практики и превосходит по скорости и удобству формулу Страджесса. Для каждого показателя найдена ценность в плане информативности и предсказательной эффективности показателя (IV и EV) и проведен отбор данных с высокой предсказательной силой, анализ данных и построение модели на основании программно-вычислительного комплекса SAS с последующим обучением модели по методу максимального правдоподобия. Масштабирование до бальной модели проведен путем линейного преобразования. Также были проведены необходимые процедуры: приведение к итоговому балльному виду с вычислением постоянного члена, расчет эффективности модели по шкале Джинни, расчет стабильности модели и оценка шкал.

Таким образом, на основании скоринговой системы оценки был реализован поиск независимых предикторов для решения конкретной клинической задачи – выяснение причин развития РАГ. Важным преимуществом можно считать возможность оценки как позитивного, так и негативного вклада фактора в вероятность наступления события, а также расчет вероятности в зависимости от количества баллов. Это позволяет не только оценивать прогностическую ценность тех или иных компонентов патогенеза заболевания, клинической ситуации, но и эффективность той или иной лекарственной схемы, оценки ее эффективности (что и было проведено нами на примере антигипертензивной терапевтической схемы у данных больных).

Использованный метод построения скоринговой модели имеет возможность внедрения в широкую клиническую практику для прогноза наступления определенных исходов у различных контингентов лиц, с относительно легкой интерпретация данных; экономически целесообразна, потенциально удобна в плане создания скрининговых систем.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОМАТОГЕННОЙ АСТЕНИЕЙ

Т.Ю. Милова

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Астения является в настоящее время одним из наиболее распространенных патологических состояний. Симптомы астении выявляются у 59,1% пациентов, обращающихся к врачам общей практики амбулаторно (Y.M. Xie, B.Y. Liu, 2006) и у 80% стационарных больных (K. Kroenkeetal., 1999). По данным отечественных специалистов, в поликлинике при сплошном не выборочном обследовании признаки астении выявлялись у 60% соматических больных, обратившихся к кардиологу, гастроэнтерологу, участковому терапевту, невропатологу и психотерапевту. Наиболее часто на основании медицинской документации были выявлены следующие диагнозы: хронический гастрит, язвенная болезнь, холецистит, гепатит, нейроциркуляторная дистония, остеохондроз различных отделов позвоночника, радикулит, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и другие. (С.Г. Сукиасян, А.М. Минасян, 2003). Аналогичные данные были получены Я.Б.Юдельсоном, (2003): около 60% всех жалоб больных, предъявляемых при первичном обращении, связаны с теми или иными проявлениями астенического состояния.

М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко (1995) полагали, что астения – самое типичное явление при соматогениях и является стержневым или сквозным синдромом и может быть единственным проявлением психических изменений.

А.С. Тиганов (1999) указывал на важное значение астении при различных соматогениях: сердечной недостаточности, ревматизме, подостором септическом эндокардите, злокачественных опухолях, системной красной волчанке, перниционной анемии, пеллагре, почечной недостаточности, эндокринных заболеваниях (болезни Иценко-Кушинга, адипозогенитальной дистрофии, болезни Аддисона, сахарном диабете, синдромах гипофизарной недостаточности и пр.), различных инфекционных заболеваниях (гриппе, туберкулезе, бруцеллезе, малярии).

Астеническим состоянием начинается и заканчивается каждое инфекционное заболевание. Течение астенического состояния в связи с инфекциями и соматическими заболеваниями длительное. Выздоровление наступает очень медленно и постепенно; многое зависит от возраста, преморбидной полноценности или неполноценности мозга, соблюдения режима.(Э.С. Вишневская, А.А. Корнилов, 2004)

За последние двадцать лет значительно увеличился объем данных, свидетельствующих о взаимосвязи между психическим состоянием и состоянием иммунной системы. Некоторые исследователи предлагают рассматривать иммунную и нервную системы как компоненты единой системы адаптации более высокого уровня (R. Ader, 2000; Ю.А. Александровский, 2005; D. Kerretal., 2005; N. Cohen, 2006). По мнению авторов именно эти системы формируют функциональный барьер, корригирующий и приспосабливающий организм к изменениям окружающей среды. К числу основных проявлений его нарушений относятся невротические и соматоформные расстройства (R. Dantzer, 2005), протекающие с выраженными астеническими нарушениями.

Вопрос нервно-иммунного взаимодействия в последние десятилетия перестал быть исключительно теоретическим и нашел свое клиническое применение, вначале в соматической и неврологической практике, а затем и в психиатрии. Анализ нервно-иммунных взаимодействий дал новые возможности диагностики различных расстройств, предикции и оценки эффективности терапии, прогнозирования течения заболеваний на основе объективных данных (M. Maesetal., 2005, 2006; M.C. Wichersetal., 2005, 2006; K.H. Schulz, S. Gold, 2006).

Целью настоящего клинико-иммунологического исследования явилось сравнительное изучение динамики астенических расстройств соматогенного генеза при традиционном лечении нейрометаболическими стимуляторами и при комбинации их с иммуномодуляторами.

Критериями включения больных в исследование являлись наличие астенического расстройства в рамках диагностических рубрик МКБ-10 «Неврастения» (F48.0), возраст от 20 до 50 лет. Критериями исключения больных из исследования были: 1) эндогенные психические расстройства, 2) суицидальный риск, 3) наличие тяжелой

соматической и/или неврологической патологии, 4) выраженные проявления психоорганического синдрома, 5) алкоголизм, 6) беременность, 7) период лактации, 8) иммунотерапия и/или иммунопрофилактика в течение трех месяцев перед исследованием, 9) психотропная терапия в течение одного месяца перед исследованием, 10) аллергические реакции на используемые препараты.

Изучаемую выборку составили 30 больных соматогенной астенией с диагнозом по МКБ-10 «Неврастения» (F48.0). Средний возраст пациентов составил 40,2 ± 10,2 года. В изучаемом контингенте больных преобладали женщины (68,9%).

Пациенты были рандомизированы в одну из двух терапевтических подгрупп: пациенты первой подгруппы получали традиционную терапию ноотропными средствами последнего поколения - фенотропилом и нооклерином, обладающими выраженным антиастеническим эффектом, доказанным во многих клинических исследованиях. Вторая группа пациентов получала комбинированную нейрометаболическую и иммунотропную терапию препаратами «галавит» и «ликопид». Данные препараты являются иммуномодуляторами, обладающими как иммунодепрессивным, так и иммуноактивирующим эффектом в зависимости от исходного состояния иммунной системы, нормализуя ее параметры. Нормализация иммунологических параметров при их применении была доказана в клинических исследованиях (Л.И.Винницкий, К.А.Бунатян и соавт., 1997, 2003; Т.В.Латышева, О.А.Щербакова, 2004).

Таким образом, в данном исследовании было 2 сравнительные группы, в каждой – по 15 человек.

Исследование было выполнено с использованием следующих методов: клинико-психопатологического, клинико-катамнестического, психометрического (субъективной шкалы оценки астении MFI-20, визуальной аналоговой шкалы астении, шкалы самооценки функционального состояния САН, многовекторной системы оценки действия психотропных препаратов, шкалы общего клинического впечатления CGI, структурированной шкалы побочных эффектов UKU), иммунологического (определение концентраций IL-1, IL-2, IL-3, IL-6, α-TNF и α-INF).

В результате проведенного исследования были получены следующие данные:

Астенические расстройства у больных с соматогенной астенией возникли вследствие длительных хронических заболеваний (вторичное иммунодефицитное состояние, хронический фарингит, хронический тонзиллит, хронический бронхит, хронический пиелонефрит, хронический гастрит, гипотиреоз, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, полиостеоартроз, остеохондроз позвоночника, спондилез, спондилоартроз, протрузия дисков позвоночника, множественные аномалии развития позвоночника, выраженные распространенные дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника), на стадии реконвалесценции острых инфекционных и воспалительных заболеваний (острый бронхит, пневмония, отит, острый гайморит, острый пиелонефрит, грипп, ОРВИ, ревматоидный артрит в активной фазе), в постоперационном периоде после хирургических вмешательств (холецистэктомии, тубовариумэктомии).

В группе соматогенной астении преобладали больные с гипостеническим типом астении с жалобами на постоянную слабость, вялость, разбитость, дневную сонливость, «отсутствие сил что-либо делать», непроходящее ощущение усталости, мышечную слабость, потливость при незначительных физических нагрузках. У таких больных наиболее выраженной была физическая астения с соматовегетативными расстройствами. Даже при достаточном ночном сне по утрам отсутствовало чувство отдыха. У пациентов при расспросе выявлялись повышенный уровень тревоги, озабоченность своим болезненным состоянием. Соматогенную астению характеризовала зависимость с основным заболеванием и, соответственно, медленная редукция астенической симптоматики.

Наибольшее значение для анализа динамики астенических расстройств имела шкала MFI-20, так как она является наиболее специфическим методом оценки астении и включает в себя оценку различных ее аспектов.

У больных с соматогенной астенией, принимавших монотерапию ноотропами, отмечалась положительная динамика состояния; результаты обследования не достигли статистически достоверных различий с данными фонового обследования ни по одной субшкалеMFI-20. У больных с соматогенной астенией, принимавших комбинированную терапию, выявлялась значительная редукция симптоматики, оцениваемая по шкале MFI-20. Результаты обследования статистически достоверно различались с данными фонового обследования к концу курса лечения по всем подшкалам, а в случае подшкал «физическая астения», «снижение активности» и «общая астения» - уже с 14 дня терапии.

При анализе самооценки функционального состояния по шкале САН выявлялся низкий исходный уровень двух исследуемых подгрупп – меньше 40 баллов. В результате проведенного лечения отмечалась положительная динамика: при комбинированной терапии отмечался высокий процент редукции симптоматики по шкале САН и концу лечения показатели по всем подшкалам достигли нормы – выше 50 баллов, в подгруппе пациентов, принимавших монотерапию ноотропом, отмечался незначительный процент редукции и показатели не достигли 50 баллов.

Данные субъективных шкал подтверждались объективной оценкой состояния по многовекторной шкале, где выявлялась низкая эффективность монотерапии и значительное преимущество комбинированного лечения с выраженной редукцией и психопатологических и соматоневрологических признаков.

В процессе комбинированной терапии нейрометаболическими стимуляторами и иммуномодуляторами отмечалась общая направленность терапевтического действия, выражавшаяся в редукции комплекса астенических расстройств. Присоединение иммуномодуляторов оказывало более выраженное терапевтическое действие в сравнении с монотерапией, что проявлялось в лучшей эффективности и меньшей выраженности нежелательных явлений.

Нежелательные явления в процессе всего курса лечения вообще не возникали у пациентов с соматогенной астенией, получавших комбинированную терапию с иммуномодулятором. При монотерапии нежелательные явления возникли у 2 человек (у одного – сухость во рту и изжога, у второго – головная боль и раздражительность), т.е. количество нежелательных явлений не соответствовали количеству пациентов.

При монотерапии нейрометаболическими стимуляторами у больных с астеническими расстройствами, наряду с улучшением клинической картины, выявлялась тенденция к нормализации иммунного статуса. Различия между уровнями цитокинов в сыворотке крови у пациентов до лечения и после завершения курсовой терапии статистически достоверны. При этом сохранялись достоверные различия между показателями параметрами IL-2, IL-3, IL-6, α-TNF и α-INF у пациентов после терапии и показателями нормы, тогда как уровень IL-1 в результате терапии ноотропами становился недостоверно различимым по сравнению нормой.

При комбинированном лечении нейрометаболическими стимуляторами и иммуномодуляторами отмечался более выраженный антиастенический эффект, сопровождавшийся значительным иммуномодулирующим действием. Уровни цитокинов в сыворотке крови у пациентов до и после лечения достоверно отличались. При этом сохранялись достоверные различия между концентрациями IL-2, IL-3, и α-INF после терапии и нормой, а в случае профилей IL-1, IL-6, α-TNF – различия с нормой статистически недостоверны.

Комбинированное применение нейрометаболических стимуляторов (ноотропов) и иммуномодуляторов показано при лечении больных с астеническими расстройствами, прежде всего соматогенной этиологии. В этих случая антиастеническое действие носит патогенетически направленное влияние, основу которого составляет нормализация цитокинового профиля.

Вывод. Своевременное назначение иммуномодулирующих средств при соматических заболеваниях может являться профилактикой развития астенических расстройств у данной группы больных.

Литература.

Xie Y.M., Liu B.Y., Piao H.Y. Exploration on the common characters of sub-healthy people based on clinical epidemiology // ZhongguoZhong Xi Yi Jie He ZaZhi. - China, 2006. - 26(7). – p. 612-616.

Kroenke K., Stump T., Clark D.O., Callahan C.M., McDonald C.J. Symptoms in hospitalized patients: outcome and satisfaction with care // Am J Med. - US, 1999. - 107(5). – p. 425-431.

Сукиасян С.Г., Минасян А.М. – Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - Санкт-Петербург, 2003. - №2. - с.38-39.

Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. – М.: Медицина, 1995. – 608 с.

Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. Том 1– М.: Медицина, 1999. - 710с.

Вишневская Э.С., Корнилов А.А. Психические нарушения при соматических болезнях // Медицина в Кузбассе. – 2004. – №1. – с.34-36.

Гиляровский В.А. Психиатрия. – М.-Л.: Биомедгиз, 1935. – 750с.

Ader R. On the development of psychoneuroimmunology // Eur J Pharmacol. - Netherlands, 2000. - 405(1-3).- P.167-176.

Александровский Ю.А., Чехонин В.П. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств. – М.: «ГЕОТАР-Медиа», 2005. – 250с.

Kerr D., Krishnan C., Pucak M.L., Carmen J. The immune system and neuropsychiatric diseases // Int Rev Psychiatry. - England, 2005. - 17(6). – p. 443-449.

Cohen N., Norman Cousins Lecture. The uses and abuses of psychoneuroimmunology: a global overview // Brain Behav Immun. – US, 2006. - 20(2). – p. 99-112.

Dantzer R. Somatization: a psychoneuroimmune perspective // Psychoneuroendocrinology. - England, 2005. - 30(10). - P. 947-952.

Maes M., Mihaylova I., De Ruyter M. Decreased dehydroepiandrosterone sulfate but normal insulin-like growth factor in chronic fatigue syndrome (CFS): relevance for the inflammatory response in CFS // Neuro EndocrinolLett. – Sweden, 2005. - 26(5). – p. 487-492.

Maes M., Mihaylova I., De Ruyter M. Lower serum zinc in Chronic Fatigue Syndrome (CFS): relationships to immune dysfunctions and relevance for the oxidative stress status in CFS // J Affect Disord. - Netherlands, 2006. - 90(2-3). – p. 141-147.

Wichers M.C., Kenis G., Leue C., Koek G., Robaeys G., Maes M. Baseline immune activation as a risk factor for the onset of depression during interferon-alpha treatment // Biol Psychiatry. – US, 2006. - 60(1). – p. 77-79.

Wichers M.C., Koek G.H., Robaeys G., Praamstra A.J., Maes M. Early increase in vegetative symptoms predicts IFN-alpha-induced cognitive-depressive changes // Psychol Med. - England, 2005. - 35(3). – p. 433-441.

Schulz K.H., Gold S.Psychological stress, immune function and disease development. The psychoneuroimmunologic perspective // BundesgesundheitsblattGesundheitsforschungGesundheitsschutz. - Germany, 2006. - 49(8). – p. 759-772.

Латышева Т.В., Щербакова О.А. Новые возможности направленной иммунологической коррекции на примере отечественного иммуномодулятора «Галавит» // Российский аллергологический журнал. – 2004. - № 1. – С. 77-81.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННЫХ МОСКОВСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

О.Ю. Милушкина, Н.А. Скоблина, Н.А. Бокарева
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия
НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, Москва, Россия

Диагностируемые в детстве отклонения физического развития являются предикторами ряда заболеваний неинфекционной природы в старшем возрастном периоде на этапе репродуктивного и трудоспособного возраста. Этот факт определяет наблюдение и оценку нарушений морфофункционального состояния детей и подростков как актуальную проблему гигиены детей и подростков на современном этапе.

Серии наблюдений за физическим развитием школьников в XX веке зафиксировали начало акселерации роста и развития детского населения в 1960-е годы, ее пик в середине 1970-х годов и элементы ретардации в 1980-1990-х годах.

Прогнозы антропологов и гигиенистов в 90-ых гг. сводились к общему мнению, что на рубеже тысячелетий и в начале 21 века будут наблюдаться процессы децелерации, т.е. замедление темпов биологического созревания и уменьшение дефинитивных размеров тела. Формированию такого представления способствовали данные антропометрических исследований, устанавливающие уменьшение обхватных размеров (грациализация телосложения), снижение показателей динамометрии, высокий процент детей с дефицитом массы тела и др. (Ямпольская Ю.А., 2000; Година Е.З. с соав., 2001, Богомолова Е.С., 2010 и др.)

Целью исследования явилось изучение физического развития школьников г. Москвы в 2003-2013 гг. для установления динамики изменения антропометрических показателей, уровня биологического созревания и функциональных показателей детей и подростков и факторов их определяющих. Были обследованы 1406 школьников 8-15 лет с определением средних и ошибок средних значений соматометрических и физиометрических показателей физического развития.

Сравнительный анализ физического развития школьников г. Москвы в возрасте 8–15 лет разных десятилетий показал, что современные школьники превосходят своих сверстников по основным антропометрическим показателям, при этом увеличение размеров происходит синхронно. Развитие вторичных половых признаков начинается у девочек с 8 лет (у почти 5% девочек отмечается первая стадия развития молочных желез), установлен средний возраст менархе 12 лет 7 мес. Половое развитие у мальчиков начинается с 10 лет, появляется оволосение подмышечных впадин. Статистически значимо увеличилась толщина подкожно-жировых складок и окружность талии у девочек. Доля детей с дефицитом массы тела среди мальчиков составляет от 12% до 28%, среди девочек – от 14% до 33%; с избытком массы тела среди мальчиков – от 5% до 17%, среди девочек – от 7% до 13%.

На фоне увеличения антропометрических показателей установлено снижение силовых возможностей школьников (по результатам кистевой динамометрии). И у мальчиков и у девочек 8-15 лет снижены показатели динамометрии по сравнению со сверстниками 1960-ых и 1980-ых гг., различия статистически достоверны ($p \leq 0{,}001$).

Изучение влияния эндогенных и экзогенных факторов на формирование физического развития детей и подростков позволило выявить достоверные связи с низкой двигательной активностью, временем контакта с техническими устройствами, с нарушением питания, неблагоприятными экологическими факторами, с уровнем санитарно-эпидемиологического благополучия учреждения, распространением курения среди школьников, с высокими учебными нагрузками, в том числе, с подготовкой к государственной итоговой аттестации и единому государственному экзамену. Таким образом, выявленные особенности физического развития современных школьников требуют оптимизации профилактической работы в образовательных учреждениях.

МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ШКОЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УЧАЩИХСЯ

Н.Б. Мирская, А.Д. Синякина, А.Н. Коломенская
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Актуальность. Высокая распространённость школьно-обусловленных нарушений здоровья, среди которых патология костно-мышечной системы (КМС), является объективной медико-социальной предпосылкой для разработки эффективных мер, направленных на профилактику и коррекцию нарушений и заболеваний КМС детей школьного возраста.

Цель. Выявление распространённости нарушений и заболеваний КМС школьников для разработки медико-организационных мероприятий направленных на их профилактику и коррекцию.

Пациенты и методы. Выявление функциональных нарушений и начальных форм заболеваний позвоночника и свода стопы 2164 учащихся ряда общеобразовательных школ Москвы визуально-инструментальным методом; анализ медицинской документации: выкопировка данных из учётно-отчётных форм детских поликлиник и медицинских кабинетов школ.

Определение уровня информированности учащихся и их родителей методом анкетирования 508 школьников средних классов и 788 родителей детей младшего, среднего и старшего школьного возраста по вопросам нарушений КМС и их предупреждения.

В ходе анализа полученных данных использовались методы: клинический, социально-гигиенический, моделирование (модель, учебные программы и их коррекция), учебные тесты (определение знаний до и после обучения в учебном процессе с применением обучающих с тестированием знаний программ), медико-статистический с использованием программ для ЭВМ, медико-образовательный эксперимент в двух формах (констатирующий и обучающий).
Для разработки медико-организационных мероприятий направленных на профилактику выявленных патологических состояний КМС авторами разработана концептуальная модель по профилактике и коррекции нарушений и заболеваний КМС школьников. Основой данной модели является медико-образовательный модуль - это трёхуровневая система, включающая в себя подходы к ранней диагностике и коррекции нарушений КМС (I), оптимизацию двигательной активности и физическое воспитание школьников (II), обучение учителей, родителей и самих детей школьного возраста основам здорового образа жизни с использованием структурированного набора информационно-методических материалов (III).
Результаты. Внедрение в учебный процесс разработанной авторами концептуальной модели позволило достоверно повысить информированность школьников по 19-ти изучаемым показателям и достоверно снизить распространённость функциональных нарушений и начальных форм заболеваний КМС на 50%, что свидетельствует о её эффективности.
Эффективность модели позволила авторам рекомендовать её в качестве алгоритма при разработке профилактических медико-организационных моделей по другим нозологиям, в частности нарушениям и заболеваниям органа зрения. (ОЗ) школьников. Этот выбор, помимо медико-социальной значимости, объясняется тесной взаимосвязью и взаимозависимостью патологических состояний КМС и ОЗ, а также принадлежностью этих нозологий к школьно-обусловленным.
Сформированность знаний, позитивных навыков поведения, улучшение показателей состояния ОЗ школьников рассматриваются как критерии эффективности предложенной модели.
Использование данных моделей, а также их отдельных структурных составляющих, направлено на повышение уровня знаний медработников и оптимизацию их работы по выявлению и снижению факторов риска нарушений КМС и ОЗ учащихся общеобразовательных учреждений, что позволяет на более качественном уровне проводить работу по профилактике и коррекции выявленных нарушений и заболеваний КМС и ОЗ школьников непосредственно на протяжении всего периода их обучения в школе.

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Н.Н. Музалёв, С.А. Шевцов
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение. В настоящее время компьютерная медико-психологическая диагностика переживает значительный подъём во всём мире. Потребность в т.н. «программах для ЭВМ» для диагностики как психических, так и соматических заболеваний очень велика, так как их отличает скорость и точность в работе как с каждым пациентом в отдельности, так и с большими группами исследуемых (Ивакин Р.М., 2012).
Цель. Создание в ВУЗе методологии разработки и патентования программного обеспечения для скрининг-диагностики психосоматической патологии с выдачей справочно-информационных рекомендаций по её профилактике.
Материал и методы. На начальном этапе разработки мы определяли с помощью технического задания содержимое программы и её функции. Затем проводили форматирование имеющейся текстовой информации о свободно-распространяемой шкале Цунга (TheZungself-ratingdepressionscale) с помощью языка разметки HTML4 и создавали алгоритмы программы через язык программирования Javascript с помощью бесплатной программы для ЭВМ Notepad++.
Результаты. Полученная нами программа (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2012619693 Роспатента) «Тест скрининг оценки депрессии» (авторы Шевцов С.А., Смекалкина Л.В.) позволяет за 5-10 минут выявить как степень депрессии, так и получить информацию по её лечению и профилактике. В настоящее время данная программа используется как в научной, так и в практической работе более 100 специалистами в России.
Выводы. С помощью создания студенческих кружков по тематике: «Программирование в медицине», (например, кружок Первого МГМУ - www.vk.com/medprog) и специальных семинаров, в соавторстве со студентами и сотрудниками ВУЗа, возможна разработка и патентование программ для ЭВМ для практической медико-психологической диагностики и профилактики.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ИСТОКИ ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ БГМУ

И.И. Муратов, К.Р. Сайфутдинова
ГБОУ ВПО Башкирский Государственный Медицинский Университет, Уфа, Республика Башкортостан

На кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ) с мая 2011 года впервые в республики стал применяться новый аппаратно-программный комплекс (АПК) «Истоки здоровья». Он включает ученых, медицинских работников, инженеров.

Коллектив занимается решением актуальной задачи профилактической медицины – мониторинга функциональных резервов здоровья населения, в частности, детского и юношеского здоровья. Длительный мониторинг существенно увеличил точность индивидуальных рекомендаций. Использование АПК в качестве средства обучения помог созданию стойких установок на здоровый образ жизни. Статистический блок АПК позволяет формировать индивидуальный паспорт здоровья и паспорт здоровья коллектива, что обеспечивает руководителей разного уровня наглядной информацией для принятия управляющих решений. Внедрение данной разработки в сферу образования служит основой для инструментального и методического обеспечения региональной системы «Образование и здоровье». В последнее время АПК «Истоки здоровья» применялись в БГМУ г. Уфы. Было обследовано 16 студентов.

Цель работы. Изучение возможностей АПК «Истоки здоровья» при исследовании психофизиологических особенностей студентов.

Материалы и методы. Для отработки методики было набрано 16 студентов обоего пола. Для оценки функциональных резервов организма и количественной оценки индивидуального здоровья был использован аппаратно-программный комплекс (АПК) «Истоки здоровья». В АПК вычисляется интегральная оценка здоровья с учетом антропометрических (вес, рост), физиологических (ЧСС, АД, ЖЕЛ, динамометрия) и психофизиологических (по результатам анкетирования) данных, измеренных или введенных вручную. Алгоритм оценки является нелинейным, подчеркивающим наличие слабых звеньев организма.

Результаты. Результаты каждого теста переводятся по линейным шкалам в проценты от максимума функционального резерва в соответствии с методикой Баландина Ю.П. [1]. Затем эти оценки суммируются отдельно по соматическим и психоэмоциональной составляющей здоровья. На последнем этапе оценки соматической и психоэмоциональной составляющих суммируются в интегральный показатель результатов здоровья. Для содержательной интерпретации интегрального показателя резервов здоровья используется концепция гомеостатического потенциала. Согласно этой концепции вся зона наблюдаемых параметров здоровья, в том числе и интегральных, делится на 4 области – область оптимального состояния здоровья, область субоптимального состояния, область предболезни, область болезни.

Показатели общих резервов организма варьировали в пределах от 55% до 75,4%.

Значение соматического компонента колебались в пределах от 45,7% до 83,4%. Показатели психоэмоциональной составляющей здоровья варьировали в пределах от 30,1% до 89%.

Наибольшие колебания обнаружились при анализе показателей гомеостатического компонента – от 46% до 96%.

Выводы. Таким образом, опыт применения комплекса «Истоки здоровья» позволяет выявить соматические и психофизиологические отклонения резервного здоровья на основе объективных методов обследования, что дает возможность рекомендовать АПК для оценки резервного здоровья у студентов.

Литература. 1. Баландин Ю.П. Методическое руководство по АПК «Истоки здоровья». – Рязань, 2007 – 85 с.

ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Х.М. Муршудова
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва, Россия
ФГБУ «НИИ морфологии человека» РАМН, Москва, Россия

На современном этапе развития медицины актуальными являются вопросы лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, в том числе и острая тонкокишечная непроходимость (ОТКН), осложнившаяся перитонитом и синдромом полиорганной недостаточности (СПОН). Летальные исходы при острой тонкокишечной непроходимости составляют 10,7-64,7%, а при осложнении перитонитом и синдромом полиорганной недостаточности летальность достигает 47-100%. Острая тонкокишечная непроходимость составляет более 60% всех случаев острой непроходимости кишечника.

По мнению ряда исследователей, печень наряду с другими органами, принимает на себя «токсический удар» в виде метаболитов, транспортирующихся от места развития ишемических изменений тканей стенок тонкой кишки. Печень - один из наиболее значимых органов регуляции жизненно важных процессов в организме человека, является «химической лабораторией» с которой связаны практически все виды обмена веществ в организме. Печень играет центральную роль в многочисленных реакциях обмена углеводов, является органом, в котором осуществляются основные катаболические и анаболические процессы обмена белков. Признано, что ведущая роль в обмене липидов также принадлежит печени. Важнейшей функцией печени является детоксицирующая функция, некоторые авторы также называют ее барьерной, а нарушение детоксицирующей функции печени при ОТКН сопровождается прорывом инфекционных и токсических агентов в общий кровоток и с усугублением синдрома полиорганной недостаточности.

Одним из компонентов синдрома полиорганной недостаточности при перитоните, вызванном ОТКН, является острая печеночная недостаточность (ОПечН). «Недостаточность» можно определить, как состояние, при котором имеется несоответствие между потребностями организма и возможностями органов. Острая печеночная недостаточность – это синдром, развивающийся вследствие острой транзиторной или необратимой утраты функций печеночной ткани с последующим повреждением клеток печени. Также под ОПечН понимают клинический синдром, развивающийся в результате массивного некроза печеночных клеток, вызванного различными причинами и проявляющегося внезапными тяжелыми нарушениями функции печени.

Морфологическая организация строения печени у человека в норме исследована на достаточно хорошем уровне, подробно изучены функции печени, играющие важную роль в регуляции обменных и адаптационных процессов.

Однако, на наш взгляд, динамика изменений морфофункциональных преобразований в печени при развитии ОТКН, осложненной перитонитом, недостаточно исследована.
Исследовать морфофункциональные изменения в печени в динамике развития острой тонкокишечной непроходимости у больных людей на биопсийных материалах не представляется возможным, поэтому необходимо экспериментальное моделирование разных видов острой тонкокишечной непроходимости, которые позволили бы изучить морфофункциональные преобразования печени в динамике развития заболевания.
При выявлении корреляционной связи между морфологическими изменениями в стенках тонкой кишки и печени при ОТКН, по степени выраженности морфофункциональных изменений в тонкой кишке можно будет прогнозировать степень выраженности печеночной недостаточности в раннем и позднем послеоперационном периоде, объективно судить о стадии морфофункциональных изменений печени, и, руководствуясь этим, назначать патогенетически обоснованную профилактическую и лечебную терапию.

МНОГОУРОВНЕВАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

А.В. Мусаев, С.Г. Гусейнова, Э.Э. Мустафаева
Научно-Исследовтельский Институт Медицинской Реабилитации, Баку, Азербайджан

Реабилитации больных с травматическими поражениями периферических (ТППН) нервов по-прежнему сохраняет свою важную актуальность, что обусловлено высоким процентом временной нетрудоспособности и инвалидизации больных, стойким характером нарушений, а также недостаточной эффективностью существующих методов лечения при этом. Вместе с тем активная реабилитация больных с ТППН на различных этапах восстановления позволяет вернуть их к труду и снизить степень инвалидизации.
К настоящему времени доказано, что поражение ствола периферического нерва сопровождается структурно-функциональными изменениями не только в периферической части нейромоторного аппарата, но и в вышележащих структурах нервной системы, в частности, в спинальных мотонейронах, кортико-спинальном тракте. В связи с этим основными мишенями для реабилитационных мероприятий при ТППН должны быть все заинтересованные структуры и уровни двигательной системы: денервированные мышцы, сегментарные зоны спинного мозга, а также моторная кора и кортикоспинальный тракт.
Цель исследования. Изучение эффективности применения многоуровневой магнитной стимуляции (МС) в реабилитации больных с ТППН.
Материал и методы. Клинико-нейрофизиологические исследования проведены на 20 больных с поражения периферических нервов верхних конечностей. Среди повреждений наблюдалось поражение плечевого сплетения (8 больных), изолированное поражение срединного (1 больной), локтевого (1 больной), лучевого (2 больных) нервов, а также сочетанное поражение срединного и локтевого (5 больных), срединного и лучевого (2 больных), срединного, локтевого и лучевого нервов (1 больной). У наблюдаемых больных выявлялись вялые парезы различной степени выраженности, чувствительные нарушения, а также вегетативно-трофические расстройства. Эти изменения подтверждались клиническими тестами (оценка мышечной силы по шести балльной шкале оценки мышечной силы (Broddom R., 1996, M.Вейсс, 1986), тест исследования кисти руки (по D.Wade, 2000; W. DeWeerdt и соавт., 1985; D. Caroll R., 1965), оценка интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ)) и данными электронейромиографического исследования.
Восстановительное лечение включало применение МС от аппарата Magstim Rapid 2 (Англия) в комплексе с массажем и индивидуальной лечебной гимнастикой. Процедуры МС проводили по многоуровневой методике, при которой воздействию подвергались область проекции моторной коры, шейная сегментарная зона и нервно-мышечные структуры, соответствующие поврежденному нерву.
Полученные результаты. После проведенного курса лечения наиболее выраженные изменения прослеживались в двигательной сфере, что проявлялось нарастанием мышечной силы в той или иной степени у 80%. Так, по шкале оценки мышечной силы у наблюдаемых больных мышечная сила увеличилась с 2,1±0,1 до 3,8±0,2 ($p<0,001$), а суммарный балл по тесту исследования кисти руки – с 32,7±1,5 до 43,1±1,1 ($p<0,001$). Наряду с регрессом двигательных нарушений отмечалась и позитивная динамика чувствительных расстройств. На это указывало как сужение зоны гипестезии, так и снижение интенсивности боли, подтверждаемое ВАШ (с 5,9±0,4 см до 4,3±0,3 см ($p<0,01$)). К концу лечения выраженность вегетативно-трофических расстройств также уменьшилось. О положительных изменениях электронейромиографического исследования свидетельствует возрастание амплитуды М-ответа и скорости проведения импульсов по нервам.
Выводы. Применение магнитной стимуляции по многоуровневой методике является эффективным методом лечения больных с ТППН, способствующим активизации репаративных процессов и структурно-функциональному восстановлению нейромоторного аппарата.

ИНСТРУМЕНТЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

А.В. Мусаев, М.Ю. Мамедова, С.Г. Гусейнова
Научно-Исследовательский Институт медицинской реабилитации, Баку, Азербайджан

Нейрореабилитация постинсультных (ПИ) больных, наиболее подверженных инвалидизации после перенесенной катастрофы головного мозга, по-прежнему является актуальной проблемой медицины. В решении этой проблемы необходимо не только физическое восстановление ПИ больного, но и улучшение его качества жизни, являющейся основным показателем социальной реабилитации и адаптации больного после церебрального инсульта. При организации лечебных и реабилитационных мероприятий для объективизации субъективных и объективных показателей с целью стандартизации оценки статуса больного, динамики восстановления различных функций, результативности проводимого лечения в различных этапах мозгового инсульта применяются различные шкалы, тесты и опросники.

Цель настоящего исследования. Определение возможностей нейрофизиологических и нейропсихологических исследований, а также шкал качества жизни в оценке эффективности реабилитационных мероприятий больных с постинсультными нарушениями.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 102 больных после перенесенного мозгового инсульта, поступивших на реабилитационное лечение на раннем, позднем восстановительном и резидуальном периодах болезни. Для объективной оценки восстановления нарушенных функций до и после лечения всем ПИ больным проводилось неврологическое, нейрофизиологическое, нейропсихологическое обследование. Каждый вид обследования включал набор инструментов для оценки той или иной функциональной системы, нормальная работа которой в принципе и составляет качество жизни больных. Общее неврологическое обследование включало подробный сбор паспортных данных больного, включая его профессиональную деятельность, а также классическую оценку неврологического статуса. Наряду с этим были использованы шкалы и опросники, дополняющие состояние функций двигательной системы больных, такие, как шести балльная шкала оценки мышечной силы и 5-балльная шкала Ашфорта. Нейрофизиологическое обследование включало исследование функционального состояния нейромоторного аппарата с использованием методов диагностической транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) и электронейромиографии (ЭНМГ). При помощи метода ТМС определяли центральный вызванный моторный ответ (ВМО), корковый период молчания (ПМ) и транскаллозальное торможение (ТТ). С помощью метода ЭНМГ исследовали М-ответ и скорость проведения импульсов (СПИ) по эфферентным волокнам, а также моносинаптический Н-рефлекс. Нейропсихологическое обследование включало исследование когнитивных функций с помощью шкалы Mini Menthal State Examination (MMSE). Качество жизни ПИ больных исследовали с помощью шкалы Бартел, которая включает основные пункты в сфере самообслуживания и бытовой активности.

Всем больным проводили курс реабилитационного лечения с использованием транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС). Оценка результатов проводилась с использованием современных статистических методов применением критерия Стъюдента ($p<0,05$).

Результаты и обсуждение. Результаты проведенных комплексных исследований показали, что в восстановительном процессе участвуют все основные исследуемые сферы, нарушенные после перенесенного инсульта. Так, оценка двигательных нарушений до лечения позволяла определять степень пареза, спастичности, а также объем движений в паретичных конечностях. Анализ результатов исследуемых показателей этой сферы после лечения выявил снижение спастичности, степени пареза, увеличение объема движений у больных с гемипарезами. Проведенное сопоставление клинических и нейрофизиологических данных показало, что у этих больных показатели ВМО (амплитуда, амплитудный коэффициент) возрастали пропорционально положительной динамике двигательных нарушений. Анализ нейро-психологических исследований показал превалирование когнитивных нарушений у ПИ больных с сенсорной и сенсо-моторной афазией в анамнезе. Эти показатели коррелировали с показателями ПМ и ТТ. Так, например, удлиненный ПМ и укороченный ТТ нормализовались после проведенной терапии. Наряду с позитивной динамикой двигательных и нейропсихологических нарушений отмечалось улучшение бытовой активности и самообслуживания. Об этом свидетельствовала положительная динамика показателей качества жизни и индекса Бартел.

Выводы. Полученные результаты позволяют заключить, что используемые нейрофизиологические, нейропсихологические показатели, а также шкалы и опросники являются надежными, валидными и чувствительными измерениями и могут служить эффективным инструментом как для оценки исходного состояния ПИ больного, так и результатов проводимой терапии. Применение этих методов позволяет оптимизировать проведение реабилитационных мероприятий и могут быть применены в клинических и санаторно-курортных учреждениях наряду с современными инструментальными и лабораторными методами исследования.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Р.К. Надирбаева
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Реабилитация и профилактика детей и подростков - проблема государственного уровня, они тот контингент, который представляет собой интеллектуальный, репродуктивный, экономический и политический потенциал нашего общества.
В 2004-2006 годах, работая подростковым врачом в поликлинике № 4 г. Алматы, мы проводили скрининг - исследования подростков 15-17 лет.
Целью данного метода являлось исследование подростков, для дальнейшего укрепления их здоровья.
Материалы и методы. При проведении скрининга подростков в поликлинике № 4, выяснилось, что основной процент из 100% - 70% подростков страдают той или иной формой аллергических заболеваний: в частности аллергическими ринитами - 43%, бронхиальной астмой – 16%, и кожными проявлениями аллергий – 11%.
У большего количества подростков выявлена патология органов пищеварения(15%): это в основном дискенезии желчевыводящих путей, гастриты, заболеванием сердечно – сосудистой системы страдает – 10% подростков. Важным в этом исследовании является, то что - 15% подростков- юношей в возрасте 15 – 17 имеют дефицит веса и почти все нуждались в санации полости рта.
Выводы. Все эти цифры означают, что дети и подростки нуждаются в повышенном внимании государства и общества. Ближайшее будущее подростковой медицины зависит от качества научных разработок и программ обучения, что улучшит состояние здоровья наиболее перспективной половины населения. Для этого уже сейчас появилась профилактическая направленность: созданы стоматологические кабинеты в школах, в поликлиниках появилась такая специальность как детский гинеколог, детский психолог, здоровое питание в системе средних учебных заведений, воспитание и закрепление медико–гигиенических навыков здорового образа жизни, обследования подростков эндокринологами. Все это позволяет с оптимизмом смотреть в будущее укреплении соматического, психического и репродуктивного здоровья детей и подростков.

ТЕРАПИЯ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

М.В. Наприенко
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

К когнитивным или высшим мозговым функциям относят наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс познания и взаимодействия с окружающим миром.
Целью настоящего открытого исследования было определение эффективности и переносимости танакана при лечении лёгкого когнитивного дефицита у молодых пациентов.
Материал и методы. В наблюдение были включены, в соответствии с протоколом, молодые пациенты в возрасте 18 – 45 лет, предъявлявшие помимо головной боли, жалобы на нарушение памяти, внимания и работоспособности. Были применены следующие методы исследования: клиническое неврологическое исследование, тест САН (самочувствие, активность, настроение), исследование кратковременной слуховой памяти (10 слов) и исследование кратковременной зрительной памяти (16 картинок), исследование уровня внимания по таблицам Шульте, анкета выраженности вегетативных нарушений, анкета субъективной оценки пациентом эффективности лечения, анкета регистрации нежелательных побочных эффектов. Лечение проводилось амбулаторно, пациенты принимали Танакан по 40мг 3 раза в сутки.
Результаты. Все пациенты, предъявляли жалобы на наличие трудностей усвоения информации 95% и снижение памяти 40%, работоспособности, настроения, нарушения сна и психо-вегетативные нарушения (головокружение и шум в ушах). На фоне терапии все пациенты отмечали субъективно позитивную динамику – уже на первом месяце лечения отмечалось улучшение настроения, усвоения информации, повышение работоспособности. Ко второму месяцу лечения отмечалась 50% редукция головной боли напряжения, влияния на частоту мигренозных приступов отмечено не было. До лечения пациенты давали субъективно низкую оценка своего самочувствия, активности и настроения (менее 30 баллов). После лечения и к третьему месяцу терапии достигло высокой оценки (более 70 баллов), причём статистически достоверные отличия ($p<0,05$) были уже заметны после первого месяца терапии. Представленность признаков вегетативной дистонии по анкете до лечения значительно превышала нормативные значения (25 и менее баллов). Однако через два месяца терапии танаканом суммарный балл по анкете вегетативных нарушений достоверно уменьшился по сравнению с показателем до лечения, а через 3 месяца терапии он достиг нормативных значений. Трехмесячный прием танакана достоверно улучшал слуховую и зрительную память относительно исходных значений. При исследовании внимания с помощью таблиц Шульте у всех пациентов до лечения отмечалась недостаточная концентрация внимания и его истощаемость. Через месяц терапии была отмечена положительная тенденция улучшения всех характеристик внимания пациентов, однако сохранялась истощаемость. Через 3 месяца лечения достоверно улучшилась концентрация внимания, его устойчивость, исчезла истощаемость.
Через 1 месяц лечения 40% пациентов в разной степени были удовлетворены эффективностью лечения. К третьему месяцу терапии неудовлетворенных пациентов не было, а 76% пациентов отметили результат лечения как «очень эффективное».

В первый месяц лечения 5 пациентов жаловались на учащение и усиление приступов головной боли, что было расценено как побочный эффект терапии и не привело к прекращению курса. К окончанию лечебной сессии частота приступов у пациентов регрессировала.

Выводы. Таким образом, Танакан является эффективным и безопасным средством симптоматической терапии когнитивного дефицита в любом возрасте. Препарат хорошо переносится, все пациенты демонстрируют удовлетворенность эффективностью Танакана, при его приеме редко выявляются побочные эффекты.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЛЮМБАЛГИИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Э.М. Нейматов, В.А. Животов
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, г. Москва, Россия

Материалы и методы исследования. Научно-исследовательская работа проводилась на базе отделения патологии беременности Центра Планирования Семьи города Москвы.

Исследованы 2 группы беременных в III триместре по 15 человек, максимально однородные по возрасту, социальному статусу и по состоянию здоровья на начало беременности. В основной группе проводилось только остеопатическое лечение (2 сеанса с интервалом в 1 неделю). В контрольной - лечение согревающими средствами, упражнениями, ношением корсета.

Критерием эффективности лечения служили изменения выраженности боли по визуально-аналоговой шкале и изменение количества баллов при опросе по тесту Роланда-Морриса, специфичного для болей в спине.

Тестирование проводилось перед проведением первого сеанса и через 1 неделю после проведения второго сеанса в основной группе и с интервалом 2 недели во контрольной группе.

Цель работы. Оценка эффективности остеопатического лечения при люмбалгии у беременных в III триместре на основании изменений в тестах, специфичных для болей в спине, а также изменений сопутствующих жалоб и данных клинических исследований. Снизить процент осложнений беременности и родов, улучшить состояние новорожденных путем совместного ведения беременных женщин, страдающих люмбалгией, с остеопатом.

Задачи исследования.

1. Провести остеопатическое обследование беременных с люмбалгией и выявить характерные соматические дисфункции.
2. Провести коррекцию выявленных остеопатических дисфункций.
3. Сопоставить результаты в основной и контрольной группах.

Результаты.

Средняя оценка выраженности боли по визуально-аналоговой шкале в основной группе до лечения – 36, после лечения –23, в контрольной группе до лечения – 35, после лечения - 32. Отличия статистически достоверны ($p<0,01$).

Средний балл по опроснику Роланда-Морриса, специфичного для болей в спине в основной группе до лечения – 4,3, после лечения- 2,5, в контрольной группе до лечения – 4,7, после лечения – 4,2. Отличия статистически достоверны ($p<0,01$).

Выводы. Наиболее часто среди беременных с люмбалгией в III триместре выявляются следующие остеопатические повреждения: дисфункция сфенобазилярного симфиза, ограничения подвижности швов черепа, дисфункции крестца и таза. В 100% в анамнезе имеется указание на травму копчиково-крестцовой области. В 93% при осмотре выявлялись различно степени признаки сколиоза. Остеопатическое лечение показало свою эффективность относительно классического подхода. По данным визуально-аналоговой шкалы и теста Роланда-Морриса, специфичного для болей в спине, отличие статистически достоверно ($p<0,01$).

Значительное уменьшение как основных, так и сопутствующих жалоб может быть объяснено восстановлением биомеханики опорно-двигательного аппарата, мобильности (подвижности) кранио-сакральной системы.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ХОТЬБЫ ПРИМЕНЕНИЕМ РОБОТИЗИРОВАННОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ

М.В. Никитин, И.В. Черкашина
Филиал ФГБУ «РНЦ МР и К» Министерства здравоохранения России - санаторно-курортный комплекс «Вулан», Геленджик, Россия

Современным приоритетным направлением двигательной реабилитации больных с поражениями ЦНС является внедрение высокотехнологичных, работающих в режиме биологической обратной связи реабилитационных комплексов. Одним из перспективных методов является реабилитация двигательных нарушений применением роботизированной механотерапии. Метод обладает широкими возможностями моделирования движений – от пассивных до различной степени пассивно-активных тренировок, возможностью компенсации действия силы тяжести и использования нагрузочных тренировок. Постоянный компьютерный анализ степени двигательного участия больного в масштабе реального времени обеспечивает активное участие и поддержание мотивации пациента во время тренировки.

Применение метода в программе санаторной реабилитации еще не получило широкого распространения. Двигательная реабилитация пациентов применением роботов-тренажеров для тренинга в комплексных программах моторной реабилитации больных с поражениями ЦНС травматической и сосудистой природы различной степени и уровня поражения центральной нервной системы, в поздний реабилитационный период, проводится в санаторно-курортном комплексе «Вулан» с 2009 года.

Целью исследования является оценка результативности тренировок использованием роботизированных биомеханических тренажёров в программе реабилитации пациентов с моторным дефицитом.

Материалы и методы. Всех пациентов объединяла формула моторного нарушения, обусловленная парезом мышц ноги, приводящая в дестабилизации коленного сустава.

Тренировочные сессии в период санаторного лечения прошли 14 женщин и 7 мужчин в возрасте от 27 до 55 лет. Среди них: 18 пациентов с постинсультным гемипарезом, 2 пациента с посттравматическим церебральным тетрапарезом. Давность заболевания составила в среднем 15,6 мес. Реабилитационная программа определялась индивидуально с учетом уровня повреждения нервной системы, реабилитационного прогноза и тяжести двигательных нарушений с соблюдением принципов оптимального планирования нагрузок. Тренировки проводились на мультисуставном роботе-тренажере Con–Trex MJ , роботе-тренажере «жим ногами» Con–Trex LP (Physiomed ELEKTRO-MEDIZIN AG, Германия) в изокинетическом режиме, как наиболее эффективном для повышения силы мышц. Движения осуществлялись в диапазоне средних скоростей при субмаксимальных нагрузках, что обеспечивало повышение силы и улучшение внутримышечной координации мышц сгибателей и разгибателей нижней конечности. Тренировочные сессии состояли из 4-5 сетов упражнений с трехминутными паузами между ними. Цикл тренировок составил от 3 до 6 недель. Всем пациентам проводилась стандартная терапия с применением физиотерапевтического лечения, медикаментозной терапии. Анализировалась динамика следующих параметров: сила максимальная средняя, максимальный крутящий момент мышц сгибателей и разгибателей нижней конечности, общая работа, динамика счета баллов по шкалам: Функциональные Категории Ходьбы (FAC), Индекс Мобильности Ривермид (RMI). Для статистической обработки применен коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. В результате тренировок у всех пациентов отмечено нарастание силы мышц и общей работы. Исходная мышечная сила сгибателей и разгибателей нижней конечности пациентов варьировала в широких пределах. Нарастание мышечной силы в результате тренировок составило от 14% до 540%. У пациентов отмечалось пропорциональное повышение максимального крутящего момента, как сгибателей, так и разгибателей колена (r=0,8). У всех пациентов отмечено улучшение функции ходьбы - повышение независимости при ходьбе по шкале FAC на 2 категории, по шкале RMI 3-7 пунктов.

Таким образом, применение реабилитационной технологии роботизированной механотерапии в комплексной терапии на этапе санаторно-курортного лечения является перспективным для восстановления функции ходьбы и повышения независимости в повседневной жизни.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ В ВОДЕ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕСТНОГО САНАТОРИЯ

И.Е. Никитина, А.Н. Шкребко, Е.И. Бычкова

ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Санаторий – лечебно-профилактическое учреждение, в котором организуется рациональный отдых и осуществляется лечение больных для предупреждения развития заболевания, укрепление здоровья, восстановления трудоспособности. Местный санаторий «Искра» расположен в экологически чистой зоне, в 40км от Ярославля, в Гаврилов-Ямском районе на берегу реки Которосль. Задачами санаторного этапа оздоровления детей с бронхолегочной патологией являются: а) восстановление нарушенных физиологических функций организма, б) закрепление положительного эффекта от использования комплексной терапии, в) улучшение функционального состояния дыхательной и сердечнососудистой систем, г) социальная адаптация ребенка. Физические упражнения в воде – одна из форм лечебной физической культуры, особенностью которой является одновременное воздействие на организм человека воды и активных движений.

Цель настоящей работы. Изучить результаты использования физических упражнений в воде у детей с бронхолегочной патологией в условиях местного санатории по данным некоторых показателей функциональных резервов системы дыхания.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 137 детей, из них 61 – мальчики (45%), 76 – девочки (55%). Проанализировав медицинскую документацию, мы выявили преобладание у детей патологии органов дыхания: бронхиальная астма – 60 (44%), инфекционно–воспалительные заболевания легких (рецидивирующий бронхит) – 77 (56%). Средний возраст обследованных детей составил 12±1,27лет. С целью изучения результатов использования физических упражнений в воде нами использовались следующие методы контроля: пробы Штанге и Генчи, пикфлоуметрия, ЖЕЛ, экскурсия грудной клетки по двум линиям. Статистическую обработку данных исследования произвели на IBMPC совместимом компьютере с помощью программы STATISTICA (Dataanalysissoftwaresystem, StatSoft, Inc. 2010) версия 10.0 в среде WINDOWS.

Физические упражнения в воде у детей применяли 3 раза в неделю, занятия проводили групповым методом, продолжительностью 25-30 минут. Во время занятий в бассейне ребенку рекомендовали использовать или обучали способу плавания «брасс», что способствовало ритмичному и полному дыханию, полному выдоху, тренировке дыхательной мускулатуры.

Результаты исследования. В начале санаторного лечения средний показатель пробы Штанге составил 27,8±9,8 сек, пробы Генчи 18,3±7,6сек, по окончании лечения соответственно 32,3±11,7сек и 23,4±14,1сек. Динамика данных пикфлоуметрии (ПФМ) по итогам санаторного лечения: до лечения пикфлоуметрия составила 318,16±62,14л/мин; после лечения – 330,12±58,21л/мин. Изменения ЖЕЛ по итогам лечения в санатории были следующими: в начале лечения 2310,2±512,1мл, после лечения 2333,8±542,3мл. Экскурсия грудной клетки по первой линии (ЭксГК1) при поступлении в санаторий составила 6,49±1,69см, после лечения – 6,91±1,51см. Экскурсия грудной клетки по второй линии (ЭксГК2) при поступлении в санаторий составила 6,19±1,78см, после лечения – 6,05±1,39см.

Выводы. Изменения показателей проб Штанге и Генчи, данных пикфлоуметрии по итогам лечения в санатории были положительными и имели достоверный характер ($p<0,05$).Изменения экскурсии грудной клетки по первой и второй линиям, показателей ЖЕЛ по результатам санаторного лечения были недостоверными, но имели тенденцию к улучшению ($p>0,05$).Таким образом, применение физических упражнений в воде у детей с бронхолегочной патологией в условиях загородного санатория способствует улучшению показателей функциональных резервов системы дыхания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Д.Ю. Никитюк, С.В. Клочкова, Т.Ш. Миннибаев
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Оценка физического состояния и уровня здоровья, как на популяционном, так и индивидуальном уровне является важнейшей задачей современной отечественной медицины. В полной мере она должна быть реализована применительно к юношескому поколению – настоящему и будущему Родины, что и обуславливает необходимость государственного подхода к ее решению. Поэтому методы оценки физического состояния, адаптационного потенциала молодежи постоянно усовершенствуются, оптимизируются, чему посвящено значительный массив публикаций, в том числе и самых современных. Реализуя это направление, при непосредственном участии сотрудников кафедры анатомии разработан метод комплексной антропометрии, который на основании нескольких десятков, быстро проводимых антропометрических измерений (обхватные размеры различных сегментов тела, диаметры, толщина подкожно-жировых складок) позволяет получить макроантропометрический портрет (профиль) человека. В созданной при кафедре лаборатории (антропометрическом кабинете) этот метод апробирован, в должной мере обсужден в открытой печати. Его удобством является простота осуществления, быстрое выполнение всех заданных манипуляций, легкое сопоставление полученных различными исследователями данных ввиду строгой стандартности измерений. Полученные данные, характеризующие макроанатомический облик человека (или соматотип) хорошо дополняются материалами высокотехнологичных современных исследований, проводимых методом биоимпедансометрии, позволяющими на высоком научно-техническом уровне определить в абсолютных и относительных единицах содержание различных структурных компонентов тела – мышечного, жирового, костного, воды и др (что технически возможно не только применительно к телу человека в целом, но и отдельным его сегментам). В настоящее время выделяют у женщин три конституционально-анатомические группы, в пределах которых различают семь соматотипов, каждый из которых характеризуется четкими критериями. У мужчин принято различать четыре основных соматотипа, а также переходные виды (при наличии признаков двух смежных соматотипов) и неопределенный соматотип (классифицировать индивидуума в этом случае по соматотипологической принадлежности не представляется возможным). При привлечении значительного фактического материала (более 1000 наблюдений, юноши и девушки 18-19 лет, практически здоровые, славянских национальностей) проведен анализ физического статуса молодежи, выявлены преобладающие соматотипологические формы в изученной популяции; получены данные о количественном распределении юношей и девушек по их соматотипологической принадлежности. Эти данные могут и должны способствовать формированию четкой принадлежности о соматотипологическом статусе молодежи, в существенной степени отражающим физическое состояние, адаптационный потенциал и уровень здоровья поколения. Более того, доказана связь между разными соматотипами и риском развития той или иной соматической патологии, эффективности лечения ряда нозологических форм, что позволяет рассматривать соматотипологическую принадлежность в качестве антропометрических маркеров (биоиндикаторов) – факторов риска развития патологии, и, напротив, факторов благополучия, указывающих на меньшую вероятность развития этих нозологических форм. Поэтому разработанный метод рекомендуется к использованию в клинической медицине, он имеет высокий уровень практических аппликаций.

АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ УРОВНЯ ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ

Г.А. Новикова
Институт педагогики и психологии, Архангельск, Россия
ФГАОУ ВПО Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова, Архангельск, Россия

Пивная алкоголизация подростков представляет собой социально-значимую проблему современного общества. Исследования последних лет показывают, что потребление пива негативно влияет на здоровье подрастающего поколения (Новикова Г.А. и соавт.., 2012; Новикова Г.А., Новикова Л.А., 2010). Поэтому возникает необходимость

быстро и качественно проводить диагностику пивной алкоголизации с целью предупреждения развития серьезных патологических состояний.

Цель. Разработка алгоритма для выявления уровня пивной алкоголизации подростков. В работе нами использованы следующие методы: анализ; систематизация; обобщение; моделирование; прогнозирование; авторские методики «Оценка степени риска развития пивной зависимости у подростков» (уд. рац. предложение №13/07 от 15.06.2007 г.), «Прогнозирование риска развития зависимости у подростков» (Патент РФ на изобретение №2339314 от 27.11.2008 г.) (Новикова Г.А. и соавт., 2008), «Оценка степени нарушений социально-психологической адаптации вследствие пивной алкоголизации» (Патент РФ на изобретение №2346651 от 20.02.2009 г.) (Новикова Г.А. и соавт., 2009).

Результаты исследования. На основании собственных исследований, проведенных с 2007 по 2012 гг., нами был разработан диагностический алгоритм выявления уровня пивной алкоголизации подростков и разработки профилактических мероприятий (уд. рац. предложение №14/12 от 12.11.2012 г.). Алгоритм представляет собой последовательное использование комплекса методик, проводимого в четыре этапа: 1) оценка клинико-социальных аспектов риска пивной зависимости подростков – проводится с использованием авторских методик «Оценка степени риска развития пивной зависимости у подростков», «Прогнозирования риска развития зависимости у подростков», «Оценка степени нарушений социально-психологической адаптации вследствие пивной алкоголизации»; 2) оценка социальных, психологических, педагогических и экономических аспектов формирования пивной зависимости подростков – осуществляется с помощью одноименной анкеты; 3) оценка уровня пивной алкоголизации подростков – предполагает математико-статистическую обработку данных, полученных на первом и втором этапах исследования; 4) разработка профилактических мероприятий – проводится на основе выявленного уровня интенсивности пивной алкоголизации подростков.

Выводы. Разработанный нами диагностический алгоритм является эргономичным по своим характеристикам, позволяет качественно и быстро оценить уровень интенсивности пивной алкоголизации подростков, а также выявить социальные, психологические, педагогические и экономические аспекты формирования пивной зависимости в подростковом возрасте. Полученные с помощью данного алгоритма результаты могут быть использованы для прогнозирования и оценки риска развития пивной зависимости, степени нарушений социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации, что является необходимым для разработки соответствующих профилактических мероприятий в условиях учебного заведения.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО Р.ФОЛЛЮ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА НАРУЖНОГО ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Е.Б. Новикова
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

В процессе многолетних наблюдений за оперативным лечением заболеваний и повреждений костей и суставов конечностей с использованием аппаратов наружной чрескостной фиксации (АНЧФ) было замечено возникновение целого ряда патологических явлений местного и общего характера, развивающихся после оперативного вмешательства и не всегда поддающихся объяснению. По сведениям разных авторов частота осложнений при применении АНЧФ колеблется в диапазоне от 10 до 42%. Это явление привело к появлению термина «непереносимость аппарата».

При операциях наложения АНЧФ описываются такие явления, как болевые синдромы разной степени тяжести, воспаления мягких тканей в области прохождения спиц аппаратов, спицевой остеомиелит, различные вегетотрофические расстройства, а также нарушение функции различных органов и систем.

Систематизация таких явлений никем не проводилась. К объяснению их происхождения привлекались общепринятые этиологические факторы, учёт которых, тем не менее, не приводил к профилактике подобного вида осложнений. Анализ реакций, возникающих после формирования послеоперационных рубцов, изучен крайне скудно.

Применение АНЧФ сопровождается механическим повреждением и длительным постоянным раздражением спицами кожи и глубжележащих тканей во многих местах (от 8 до 18 контактов). Однако упомянутые выше осложнения, как уже было отмечено, возникают не у всех пациентов, а только у каждого третьего больного, что наводит на мысль о «неравноценности» зон, через которые проходят спицы аппаратов при развитии осложнений и при их отсутствии.

Так как при наложении АНЧФ происходит повреждение с последующим длительным раздражением спицами отдельных кожных зон и глубже лежащих тканей, возникло предположение, что действие спиц аналогично акупунктурному воздействию, которое в этом случае, не будучи терапевтически ориентированным, оказывает отрицательное дезрегулирующее воздействие.

Согласно современным представлениям БАЗ кожи значительно отличаются по своим биологическим свойствам от нейтральной кожи по целому ряду физиологических параметров:

- пониженным по сравнению с окружающей кожей электрическим сопротивлением,
- более высокой температурой - градиент температуры может достигать 2—2,5°С,
- количественным преобладанием проприорецепторного аппарата кожи,
- скоплением в этих областях тучных клеток с их гистамином и биологически активными веществами,
- количественным преобладанием фагоцитов,
- количественным преобладанием О2,
- повышенным по сравнению с нейтральной кожей основным обменом,

- количественным преобладанием адренэргических и холинэргических медиаторов вегетативной нервной системы,
- количественным преобладанием мест дихотомического деления нерва и сосуда, имеющим более богатую вегетативную иннервацию,
- количественным преобладанием свободных нервных окончаний,
- количественным преобладанием строго ограниченных отверстий в Fasciacorporissuperficialis, через которые проходят сосудисто-нервные образования в кожу,
- особыми спектральными характеристиками по всем уровням спектра электромагнитных колебаний,
- скоплением рыхлой подкожной клетчатки, что создаёт оптимальные условия протекания циркуляторных процессов в этих областях, как жидкостных, так и энергоинформационных.

С целью подтверждения влияния повреждения и длительного раздражения БАЗ спицами АНЧФ на физиологическое состояние меридианально – точечной системы в целом, нами был использован метод электропунктурной диагностики Р.Фолля (ЭАФ метод).Было обследовано 180 больных с повреждёнными БАЗ. Измерения проводились дважды у каждого пациента – через 8 дней после операции наложения АНЧФ и перед снятием аппарата. У каждого из обследованных больных было повреждено от 1 до 8 БАЗ.

При индивидуальной оценке состояния БАЗ пациента при помощи ЭАФ метода, учитывались устойчивые и достаточно выраженные (не менее 20 условных единиц шкалы прибора) отклонения от нормы показателей ЭКП, воспроизводимость полученных показателей при повторных последующих измерениях с сохранением индивидуальной направленности всего паттерна отличий ЭКП в БАЗ в течение всего времени наблюдения за пациентом. Особое значение мы придавали наличию устойчивых асимметрий ЭКП водноимённых БАЗ больной и здоровой конечности.

Измерения проводились в концевых и контрольно–измерительных (КИТ) точках каждого меридиана в системе ЭАФ. Если операция производилась в области верхней конечности, измерения проводились на пальцах руки, а если в области нижней конечности, то на пальцах ноги с двух сторон.

В качестве одного из основных критериев отклонения показателей ЭКП от нормы мы использовали наличие асимметрии значений ЭКП между аналогичными БАТ здоровой и больной конечностей, а также явление так называемого «падения стрелки».

Для включения больных в группу повреждений БАЗ оценивались:

а) место повреждения кожного покрова спицей или рубцом.

б) степень отклонения ЭКП в БАЗ меридианов больной конечности по сравнению со здоровой.

Отклонения значений ЭКП носили устойчивый характер и коррелировали с:

- количеством повреждённых БАЗ, располагающихся на одном меридиане ($p<0,01$; $r = 0,223$)
- функциональной значимостью БАЗ ($p<0,05$; $r = 0,141$)

При анализе полученных данных исследования установлено, что при повреждении и длительном раздражении акупунктурной зоны спицей, всегда изменяется ЭКП в БАЗ того меридиана, на котором находится повреждённая точка. Причём, изменения тем заметнее, чем больше точек меридиана повреждено. Разница ЭКП на повреждённом меридиане и симметричном меридиане здоровой конечности (измеренная в контольно-измерительной точке) колебалась от 10 до 30 единиц шкалы прибора. При повреждении 1-2 зон и более, доходила до 10-15 ед., а при повреждении 3-4 зон и более доходила до 30 ед. шкалы прибора. Разница же значений ЭКП меридианов с неповреждёнными зонами равна нулю или максимально варьирует всего лишь в пределах 1-2ед. ЭКП вКИТ поврежденного меридиана в большинстве случаев было выше (132 наблюдения), чем на здоровой конечности, но у некоторых больных (58 наблюдений) – ниже, что, может быть объяснено исходным состоянием степени поляризации кожи и подлежащих тканей.

В качестве контрольной группы отобрано 10 больных после операций наложения аппаратов наружной чрескостной фиксации. У всех 10 больных спицы были проведены вне акупунктурных зон и меридианов. Клинически эти больные переносили аппарат хорошо, осложнений у них не было. Измерения ЭКП показали диапазон отклонений асимметрии в пределах 10ед. у всех пациентов.

Таким образом, можно утверждать, что при механическом повреждении морфологического субстрата БАЗ наблюдается устойчивое изменение параметров ЭКП на точках повреждённых меридианов. Используя возможности электропунктурной диагностики по методу Р.Фолля можно с высокой степенью достоверности судить о степени повреждения БАЗ при проведении операций.

Литература.

1. Новикова Е.Б., Пальцева И.С.,Оганесян О.В., Иванников С.В. Система лечения повреждения костей и суставов с учётом роли биологически активных зон кожи. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004.120с

2. Россманн Х., Россманн А. Электроакупунктура по Р.Фоллю. Пер. с нем. М. Арнебия. 2000, 320 с.

3. Садовник А.П. Гнойно-воспалительныеосложнения прикомпрессионно-дистракционном остеосинтезе и ихп рофилактика.//Теоретические и практические аспекты чрескостного компрессионного и дистракционного остеосинтеза. Курган.1976.Стр.249-250.

4. Черногорцев А.В., Трушин В.И., Самко Х.А. Возможности электроакупунктуры как метода количественного контроля за динамикой состояния различных органов и систем в процессе лечения. Сб.: Актуальные вопросы клинической фармакологии. 5 международная конференция.2000. Стр.106.

5. Уфлянд Ю.М. Электрофизиологические методики исследования//Многотомное руководство по травматологии и ортопедии. М.1967.Т.1.Стр.149-169.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖА

Л.А. Новикова, Г.А. Новикова
ГАОУ СПО Архангельской области Архангельский медицинский колледж, Архангельск, Россия
Институт педагогики и психологии, Архангельск, Россия
ФГАОУ ВПО Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова, Архангельск, Россия

В основе оценки состояния здоровья человека положен принцип того, что успешная социально-психологическая адаптация человека к различным социальным условиям является основой благополучия личности как неотъемлемого компонента целостности здоровья (Айзман Р.И. и соавт., 2009). Среди многочисленных факторов, способных оказывать дезадаптирующее и стрессогенное воздействие на ментальное здоровье, значительное место занимают факторы социального неблагополучия (Жигинас Н.В., 2009).

С целью изучения особенностей состояния здоровья у студентов колледжа, проведено обследование 57 студентов 1-4 курсов Архангельского медицинского колледжа (средний возраст 21+0,8). Использованы методы: наблюдение, анкетирование – анкета «Отношение к здоровью» (Никифорова Г.С., 2011). При обработке результатов использовался пакет прикладных статистических программ «Microsoft Excel» (версия 2002) и стандартные расчетные методы.

Оценка ментального здоровья проводилась по степени адекватности – неадекватности отношения к своему здоровью в соответствии с ценностно-мотивационным, когнитивным, поведенческим, эмоциональным критериями. Анализ данных по ценностно-мотивационному уровню здоровья показал, что у 95% студентов наблюдалась сформированность мотивации на сохранение и укрепление здоровья. Оценка когнитивного уровня студентов выявила, что 46% студентов здоровье ассоциировали с отказом от вредных привычек и занятием спортом, 24% – с правильным питанием и соблюдением режима дня; 95% – отметили, что дополнительную информацию о здоровье получали из средств массовой информации, 56% – научно-популярной литературы о здоровье. Среди факторов, влияющих на состояние здоровья, почти все студенты отметили качество медицинского обслуживания, наличие вредных привычек, недостаток заботы о своем здоровье. Оценка поведенческого уровня студентов показала, что почти все студенты посещали врачей, 91% – занимались собственным весом, 44 % - сидели на диетах, 22% - увлекались специальными оздоровительными технологиями. При оценке эмоционального уровня – 92% студентов отметили, что испытывали беспокойство в связи с ухудшением здоровья, а 89% в данном случае сразу же обращались к врачу за консультацией. Данные полученные в результате наблюдения показали, что студенты обладали представлениями о внутренней картине здоровья на эмоциональном и поведенческом уровне, умели анализировать особенности своего здоровья и нести ответственность за свои поступки и принимаемые решения.

Вывод. Таким образом, студенты колледжа умели анализировать особенности своего состояния здоровья, старались заботиться о нем, и принимали меры для его сохранения, что в целом свидетельствует о том, что здоровый образ жизни является важным компонентов общей и профессиональной культуры будущих специалистов.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРОТИДНУЮ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЮ В БЛИЖАЙШЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРИОДАХ

Е.М. Носенко, В.И. Шмырев, М.С. Романова, Н.С. Носенко, А.А. Калинин
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва, Россия
ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования. Определение факторов риска развития неврологических осложнений у больных, перенесших каротидную эндартерэктомию в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 150 пациентов, перенесших каротидную эндартерэктомию (КЭАЭ), находившихся на лечении и под динамическим наблюдением в ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ в 2010-2012 годах. Средний возраст составил 65,3±7,6 года (от 50 до 83 лет). На ультразвуковом аппарате Vivid 7 фирма GE (США) всем больным выполнено ЦДС БЦА линейным датчиком с частотой 14-9 МГц и транскраниальное триплексное сканирование артерий виллизиева круга секторным датчиком 2,5 МГц по общепринятой методике. Степень стеноза по диаметру вычисляли по критерию ECST (European Carotid Surgery Trial, 1991) и гемодинамических показателей по данным спектрального анализа доплеровских сигналов. Методом верификации служила мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием экстра- и интракраниальных отделов БЦА для уточнения степени стеноза и состояния коллатерального кровообращения в предоперационном периоде.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде КЭАЭ у одного из 150 взятых в исследование пациентов выявлен купированный в дальнейшем гиперперфузионный синдром. Факторами риска служили: длительное течение гипертонической болезни, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе, окклюзия внутренней сонной артерии на противоположной КЭАЭ стороне.

В отдаленном (более 5 лет) послеоперационном периоде у другого пациента произошло ОНМК в вертебрально-базилярном бассейне. Факторами риска были: мультифокальный атеросклероз, реноваскулярная артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, отказ от приема статинов.

Выводы. КЭАЭ - один из основных хирургических методов лечения гемодинамически значимого стенозирования каротидной бифуркации. Однако, для уменьшения риска развития неврологических осложнений в послеоперационном периоде необходимо проведение ЦДС контроля и лечение факторов риска.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ВИДА КАК ПРЕДМЕТ ЭВОЛЮЦИИ

Л.Л. Овсянников

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Целью работы является обоснование того, что продолжительность жизни вида является результатом эволюции. Методом исследования является анализ решения системы дифференциальных уравнений, описывающих биологическое сообщество. Предлагается математическая модель биологического сообщества, состоящего из популяции организмов и пищевого ресурса. Модель также описывает динамику веса тела особи, учитывая дисбаланс между энергией, получаемой с пищевым ресурсом и энергозатратами на жизнедеятельность. На основе этой модели предлагается модель конкуренции за ресурс популяций отличающихся набором физиологических признаков. Оказалось, что в результате конкуренции выживает только одна популяция, та величины признаков, которой обеспечивают минимум равновесной плотности ресурса. Эти значения назовем эволюционно оптимальными. Они являются функцией определенных параметров внешней среды и физиологических параметров организма. Рассматриваем в качестве эволюционно оптимального признака коэффициент рождаемости (количество потомков производимых одной особью в единицу времени). В равновесном состоянии коэффициент рождаемости равен коэффициенту смертности особей популяции. Нетрудно показать, что средняя продолжительность жизни особей равна обратной величине коэффициента смертности, а значит и коэффициента рождаемости, который является эволюционно оптимальным признаком.

Пример. Эволюционно оптимальная величина коэффициента рождаемости определяется формулой $f = \sqrt{\frac{aD}{c}}$

Где a - основной обмен на единицу веса тела, a=700 ккал/кг сутки; c - энергозатраты на одного потомка, равны 3760000 ккал/особь; D- коэффициент, влияющий на смертность, равен 0,013

Кг/сутки. Подставив значения параметров в формулу, получаем эволюционно оптимальную

величину коэффициента рождаемости, равную 0,00157 сутки-1. Средняя продолжительность жизни равная обратной величине коэффициента рождаемости будет 637 суток (1,75 года)

Выводы. 1 Доказано, что средняя продолжительность жизни особей популяции является продуктом эволюции.

2. Определены параметры, влияющие на величину продолжительности жизни.

ПРЕПОДАВАНИЕ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПОЗВОНОЧНИКА (СПОНДИЛОГРАФИИ) НА ЦИКЛАХ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ КАФЕДРЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

А.М. Орел

Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Знание и понимание основных причин морфологических поражений позвоночника – одна из важных задач мануального терапевта. Широко распространенный и легкодоступный метод рентгенографии наиболее полно отвечает запросам лучевой диагностики в мануальной терапии. Однако, обычное описание рентгенограмм позвоночника недостаточно для обоснованного принятия решений по лечению больного. В связи с этим на кафедре мануальной терапии с 2006 года проводится цикл тематического усовершенствования «Рентгенодиагностика позвоночника и избранные вопросы мануальной терапии».

Цель данного курса состоит в том, чтобы научить мануальных терапевтов самостоятельно описывать рентгенограммы позвоночника с учетом патоморфологических изменений и пространственных смещений позвонков. Эта цель достигается путем решения нескольких задач:

Первая задача состоит в изучении технических особенностей рентгенографии позвоночника. Что раскрывается путем изучения процесса получения рентгенограмм и основ скиалогии (науки о тенеобразовании при рентгенографии). Обращается внимание на сильные и слабые стороны современных методов лучевой диагностики: КТ, МРТ, УЗИ, ПЭТ, обычной и цифровой рентгенографии с точки зрения нужд мануальных терапевтов. Курсанты изучают алгоритм описания рентгенограмм позвоночника, функциональную рентгеноанатомию и особенности развития и изменения позвоночника ребенка, аномалии развития позвонков. Большое внимание уделяется изучению основных нарушений статики позвоночника (сколиоз, спондилолистезы, юношеский кифоз и т.д.). Одна из центральных задач обучения – знакомство курсантов с наиболее часто встречающимися заболеваниями позвоночника (остеопорозом, дистрофическими и воспалительными заболеваниями, а также с травмами и опухолями). И, наконец, главная задача обучения мануальных терапевтов видится в наработке практического опыта описания спондилограмм.

Курс включает цикл лекций, семинаров и практических занятий. Лекции обобщают основные положения изучаемой темы с точки зрения нужд мануальных терапевтов. На семинарах и практических занятиях курсанты отрабатывают

умения описывать спондилограммы. С целью облегчения процесса обучения разработана и внедрена в практику серия учебных пособий по темам: «Функциональная рентгеноанатомия позвоночника», 2010, «Рентгенодигностика дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника», 2010, «Аномалии развития позвоночника и основания черепа» 2014.

В течение 2006 – 2014 годов курс тематического усовершенствования по рентгенодиагностике позвоночника прошли свыше 180 мануальных терапевтов и врачей других специальностей. Курсанты с энтузиазмом посещали занятия, изучали методы анализа спондилограмм. Введенная система зачетов продемонстрировала высокий уровень профессиональной подготовки врачей при описании спондилограмм.

Опыт проведения курса спондилографии показал, что мануальные терапевты врачи8 других специальностей нуждаются в расширенном знании основных рентгенологических признаков нормы и заболеваний позвоночника. Важно обучать не только диагностике патоморфологических изменений, но и умению распознавать минимальные смещения позвонков. Распознание индивидуальных особенностей позвоночника пациента позволяют мануальным терапевтам более точно и целенаправленно назначать лечение.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИКИ ERICA В РЕАБИЛИТАЦИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ БОЛЬНЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ

О.О. Орёл

Киевский Национальный Университет имени Тараса Шевченко, Киев, Украина

Одним из симптомов рассеянного склероза являются когнитивные нарушения, такие как дефицит концентрации и распределения внимания. Существует необходимость найти способ, который может замедлить процесс развития дефицита когнитивных функций или даже восстановить их.

Вопрос создания программ для тренировки и реабилитации когнитивных функций становится очень актуальным. Но для работы с клиническими случаями необходима программа реабилитации когнитивных функций, которая учитывает особенности неврологических пациентов, позволяет задерживаться на одном и том же уровне сложности, меняя, при этом, контекст упражнения, что позволяет действительно реабилитировать функцию, а не достигать эффекта обусловливания. Такая программа должна иметь бесконечное количество возможных сессий, так как большинство неврологических пациентов требуют длительной адаптации и для реабилитации функций, и для поддержания полученного результата.

Программой, отвечающей вышеизложенным условиям является ERICA. Нами было проведена адаптация данной методики на русский язык. Адаптация совершалась под авторским надзором, исходя из методологии, заложенной в оригинальную методику. После адаптации методики ERICA на русский язык было проведено исследование ее эффективности на больных рассеянным склерозом.

Целью данного исследования являлось определение эффективной стратегии реабилитации внимания у больных рассеянным склерозом

Задачи.

1. Осуществить теоретический анализ данных о когнитивных нарушениях при рассеянном склерозе.
2. Адаптировать методику реабилитации когнитивных функций ERICA на русский язык
3. Определить эффективность методики ERICA в реабилитации когнитивных функций у больных рассеянным склерозом
4. Определить оптимальную стратегию реабилитации внимания у больных рассеянным склерозом

Было проведено контролируемое Рандомизированные исследование на 30 госпитализированных пациентах с установленным диагнозом ремитирующий рассеянный склероз. Для измерения их уровня внимания, мы использовали тест Leiter-3, и по результатам этого теста мы отобрали для участия в исследовании пациентов со средней степенью дефицита внимания. В исследовании контролировались такие переменные как: уровень депрессии и исполнительной функционирования, а также наличие других неврологических заболеваний, возраст, длительность заболевания, ведущая рука, принимаемые фармпрепараты, двигательные и зрительные способности.

Двадцать пациентов были включены в экспериментальную группу, в которой в качестве экспериментального воздействия использовалась методика ERICA, в то время как контрольная группа, состоящая из десяти человек, выполняла задания «карандаша-бумаги», такие как «Найди десять отличий». Группы проходили реабилитацию ежедневно по 40 минут в течение трех недель.

В конце исследования мы обнаружили, что экспериментальная группа имела значительное улучшение. Контрольную группу также было некоторое улучшение, которое может быть объяснено как эффект стероидной терапии, в сочетании с тренировкой посредством заданий «карандаша-бумаги», но их результаты были намного ниже, чем у экспериментальной группы.

Выводы. Мы можем заключить, что использование компьютерных программ реабилитации, таких как ERICA, является эффективным в реабилитации внимания при рассеянном склерозе, и предположить, что эти данные можно распространить и на дефицит других когнитивных функций при данной нозологии. Мы считаем, что лекарственная терапия должна сочетаться с компьютерными программами реабилитации когнитивных функций для лучшего эффекта.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

А. Орехов, Л.Т. Касым
Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) ассоциируется с метаболическим синдромом, ведущими факторами риска которой в популяции являются увеличение возраста, абдоминальное ожирение, гипертриглицеридемия, гипергликемия и сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертония [1,2,3]. Во всем мире отмечается тенденция к росту распространенности заболевания в геометрической прогрессии. Последствием стеатоза печени является переход в цирроз печени [4,5]. К сожалению, серьезных мер по профилактике и реабилитации метаболических нарушений в печени до сих пор не предпринимается, хотя для этого есть самые веские основания.

В соответствии с этим, целью исследования явилась разработка рекомендаций для оптимизации реабилитационных мероприятий при неалкогольной жировой болезни печени.

В задачи исследования входило:

- сформировать экспериментальную модель НАЖБП у подопытных лабораторных животных,
- оценить лабораторно-гистологические критерии НАЖБП у здоровых и подопытных животных,
- оценить эффективность терапии метаболических нарушений при НАЖБП,
- разработка рекомендаций для совершенствования реабилитации метаболических нарушений при НАЖБП.

Материалы и методы исследования. Для моделирования НАЖБП использовано 20 лабораторных крыс, средняя продолжительность жизни которых составила 4 – 6 мес. Для развития НАЖБП применялась стандартная методика - гиперкалорийная гиперхолестериновая диета (Караман Ю.К., Новгородцева Т.П. Способ моделирования неалкогольного стеатогепатита у крыс). Дизайн исследования состоял в том, что исходно контрольная (интактная) группа находилась под наблюдением с оценкой веса, роста, биохимических показателей крови и гистологического исследования печени. Затем сформированная группа «Модель НАЖБП» подверглась воздействию гиперкалорийной гиперхолестериновой диеты в течение 1 мес. По истечению запланированного периода группа была рандомизирована на 2 подгруппы – группа 1 получала вмешательство «Гепадиф», группа 2 – вмешательство «Метформин+Гепадиф». Кроме того, была изучена доказательная база использования препарата Метформин в лечении НАЖБП. Особенностью исследований стало отсутствие данных об использовании препарата в составе комбинированной терапии.

Результаты исследования: В первую очередь оценивали весоростовые параметры крыс. При этом оказалось, что максимальная прибавка в весе наблюдалась в группе модели НАЖБП – вес крыс к концу эксперимента был 195-200 г, в сравнение с контрольной группой – 175-180 г. В группе 1 «Гепадиф» вес составлял 170 г, тогда как в группе 2 были показаны лучшие результаты – вес крыс был сопоставим с контрольной группой.

Макроскопическая характеристика печени крысы включала оценку ее веса, цвета, структуры. В группе Модель НАЖБ печень была увеличена до 13 г (при норме 8-9 г), структура мелкозернистая, по периферии и в центральных отделах определялась жировая дегенерация ткани. В Группе 1 сохранялась мелкозернистость структуры печени, но вес был меньше на 30%, жировая дегенерация определялась по периферии. В Группе 2 «Метформин+Гепадиф» макроскопических признаков жировой дистрофии не определялось.

Таблица 1. *Динамика лабораторных показателей*

№	показатели	норма	контроль	Гепадиф		Гепадиф+Метформин	
				до	после	До	после
1	АлАТ, мккат/л	0,33	0,68±0,3	0,49±0,5	0,41±0,7	0,54±0,2	0,31±0,6*
2	АсАТ, мккат/л	0,33	0,69± 0,1	0,60±0,05	0,50±0,1	0,59±0,2	0,37±0,09*
3	Билирубин, мкмоль/л	0,32-0,64	5,2±1,3	10,2±0,6	6,9±0,5	14,7±3,2	8,3±0,7*
4	Триглицериды, моль/л	1,4	1,78±0,6	1,83±0,3	1,62±0,7	1,91±0,6	1,51±0,2
5	Холестерин, ммоль/л	1,3-2,1	4,49±0,2	5,31±0,4	4,93±0,7	4,98±0,8	3,2±0,5
6	ЛПВП	0,67	1,02±0,03	0,76±0,5	0,65±0,8	0,72±0,9	0,53±0,02*
7	ЛПНП	0,65	0,42±0,07	0,94±0,03	0,97±0,05	2,04±0,7	1,08±0,05*
8	Глюкоза, ммоль/л	5,05-6,88	5,22±0,5	6,01±0,2	6,07±0,08	6,07±0,05	4,83±0,02*
Примечание: здесь * - $p<0,05$							

При оценке биохимических параметров крови крыс в первую очередь определяли печеночные пробы. Уровень билирубина, трансаминаз (АлАТ, АсАТ) наиболее достоверно снижался в группе воздействия «Метформин+Гепадиф». Динамика углеводного обмена крови крыс показала закономерное снижение уровня глюкозы в группе 2, тогда как в группе 1 сохранялась тенденция к ее росту. Уровень общего холестерина, ЛПНП больше снижался в группе 2. Достоверных различий в снижении триглицеридов в группе 1 и группе 2 выявлено не было – снижение до 1,6 и 1,5 ммоль/л соответственно (при исходных данных 1,8-2,0 ммоль/л) (Таблица 1).

При оценке результатов гистологического исследования печени крыс в группе модель НАЖБП выявили мелко- и крупнокапельную жировую дистрофию с формированием перстневидных клеток, участки лейкоцитарной инфильтрации ткани печени. В группе 1 сохранялись участки крупнокапельной жировой дистрофии до 5-10%, но отсутствовала клеточная инфильтрация. В группе 2 определялись участки мелкокапельной «пылевидной» жировой дистрофии ткани печени до 5%, отсутствовала клеточная инфильтрация.

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать следующие **выводы**:

- сформированная экспериментальная модель НЖБП у подопытных животных обладает достоверной информативностью для оценки лабораторно-гистологических признаков метаболических нарушений и подбора ее адекватной терапии,
- комбинированная терапия «Метформин и Карнитин-содержащий гепатопротектор» характеризуется высокой эффективностью коррекции метаболических нарушений,
- для оптимизации терапии НАЖБП в протокол лечения необходимо включать препарат Метформин.

Литература.

А.В. Калинин, Г.М. Такмулина.// Метаболический синдром и неалкогольная жировая болезнь печени. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация– 2009. - № 8(67)

Bedogni G., Miglioli L., Masutti F., Castiglione A., Croce L., Tiribelli C., et al. Incidence and natural course of fatty liver in the general population: The Dionysos Study. Hepatology 2007;46:1387-1391.

Chalasani N, obair Younossi Z, Lavine J E. et al. The Diagnosis and Management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease:Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, AmericanCollege of Gastroenterology,and the American Gastroenterological Association. HEPATOLOGY, 2012, Vol. 55, No. 6, 2005-23.

Marchesini G., Bugianesi E., Forlani G., Cerrelli F., Lenzi M., Manini R., et al. Non-alcoholic fatty liver, steatohepatitis and the metabolic syndrome. Hepatology 2003; 37:917-923.

Abrams G.A., Kunde S.S., Lazenby A.J., Clements R.H. Portal fibrosis and hepatic steatosis in morbidly obese subjects: a spectrum of nonalcoholic fatty liver disease // Hepatology. — 2004. — V. 40(2). — P. 475-83.

ТРЕНАЖЕРЫ DAVID SPINE CONCEPT В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ю.А. Попадюха, Ю.В. Евтушенко

Центр здоровья позвоночника и суставов «ВОМЕД», Киев, Украина

Национальный технический университет Украины Киевский политехнический институт, Киев, Украина

Цель работы. Анализ особенностей использования тренажеров DAVID SPINE CONCEPT (DSC) в физической реабилитации больных с повреждениями поясничного отдела позвоночника.

Задачи работы.

1. Провести анализ особенностей реабилитации больных с повреждениями поясничного отдела (ПО) позвоночника (ПЗВ) методом DSC. Определить преимущества реабилитационной программы с применением тренажеров DSC.
2. Разработать и оценить эффективность программы физической реабилитации (ФР) больных среднего возраста с неосложненными стабильными повреждениями ПО ПЗВ на восстановительном периоде с использованием тренажеров DSC.

Материалы и методы. Анализ конструктивных и функциональных особенностей тренажеров DSC и их влияния на опорно-двигательный аппарат человека (ОДА). Проведение анамнеза, беседы и наблюдения за больным, физикального осмотра, изучение механизма повреждения, компьютерного томографического сканирования и МРТ. Методы исследования функций ПО ПЗВ (ротация, наклоны вперед и назад, наклоны в стороны), инструментальные методы (гониометрия), оценка болевых ощущений, мобильности и силы мышц на тренажерах, математическая статистика.

Удельный вес клинических проявлений патологии ПЗВ среди всех заболеваний периферической нервной системы достигает 67%-95% [1,2]. Среди населения Украины [1,2] распространена боль в ПО (60-90%) всех случаев заболевания ПЗВ, из них 5% страдают ежегодно; в США - 2,3% [1]. Проблемы с ПЗВ имеют более 80% мужчин и 60% женщин в возрасте до 50-ти лет. Повреждения ПЗВ, особенно его ПО, происходят на производстве, в быту, балете, спорте, особенно во время занятий силовыми видами (тяжелая атлетика, пауэрлифтинг) и др. [1,3]. Несмотря на применение различных программ ФР, они еще не достаточно используют современные достижения реабилитационных технологий, комплексные взаимодополняющие методы и технические средства, в том числе компьютеризированные [1-5].

Работа выполнена согласно плану НИР кафедры физической реабилитации Национального технического университета Украины «Киевский политехнический институт» - «Разработка технологий обеспечения психофизической реабилитации и оздоровления человека» (№ гос. рег. 0111U003539) на базе Центра здоровья позвоночника и суставов «ВОМЕД», где впервые в Украине используются компьютеризированные тренажеры DSC для реабилитации пациентов с заболеваниями и повреждениями ПЗВ [5].

По результатам анализа научных исследований по восстановлению больных с патологией ПЗВ важную роль играет определение нарушений ОДА и мышечно-связочного аппарата [1,2]. Степень тяжести этих нарушений варьирует в широком диапазоне - слабость и асимметричный тонус мышц, контрактуры, нарушения осанки, деформации конечностей и др. Возникают патологические деформации изгибов ПЗВ, поэтому при создании реабилитационных

программ необходимо устранить болевой синдром, укреплять мышечный корсет, проводить мероприятия по коррекции рефлекторной деформации ПЗВ.
В последнее время изменяется парадигма лечения заболеваний и повреждений ПЗВ [5]: предпочитается переход от пассивных методов (медикаментозная и мануальная терапия, физиотерапия, массаж и др.) к активным - лечебная физическая культура (ЛФК), кинезитерапия, медицинская тренинг-терапия. В Западной Европе широко используется метод кинезитерапии DSC, созданный финскими и немецкими специалистами по проблемам боли в спине [5]. В Германии функционируют более 400 центров лечения заболеваний ПЗВ по концепции DSC. Такие центры созданы также в Финляндии, России, Нидерландах, Бельгии, США, Испании, Австрии, Швейцарии, Великобритании, Чехии, Румынии, Египте, Индии, Китае, Южной Корее, Украине [5].
В основе метода лежит интенсивная активизация стабилизирующих ПЗВ мышц (в том числе глубоких), увеличение их силы, выносливости, устранение мышечных асимметрий и дисбаланса, улучшение координации при выполнении физических упражнений на тренажерах. Программа DSC создается индивидуально на базе точной диагностики мышечных групп, участвующих в движениях ПЗВ, на тренажерах DSC [5]. Она включает биомеханический функциональный анализ, восстановительную программу, программу поддержки (регулярные занятия по 60 минут в течение 5-10 дней), системно сменяющие друг друга. По результатам диагностики создается индивидуальная реабилитационная программа. Регулярные обследования позволяют анализировать и документировать результаты ФР и, при необходимости, вносить изменения, гарантируя максимальную эффективность и безопасность при минимальных затратах времени [5].
Во время диагностики сила мышечного корсета ПЗВ точно оценивается программой «биомеханический функциональный анализ» тренажеров серии Future-Line [4,5]. В основе анализа лежит измерение подвижности в ПО ПЗВ, силы его основных мышечных групп. Программой EVE PROFESSIONAL (ПРГ) данные оцениваются и сравниваются с контрольными данными обследованных здоровых лиц соответствующего возраста и пола. Определяется мышечный профиль ПЗВ, объективно и точно оценивается его реальное состояние, а он определяет объем, длительность, алгоритм ФР, целенаправленно управляет процессом восстановления, двигательная терапия дозируется строго индивидуально.
Цель программы ФР - улучшение состояния мышц, стабилизирующих ПЗВ, устранение (снижение) дисбаланса и асимметрий, улучшение координации. В основе тренинга - интенсивная физическая активизация пациентов. Комплекс мероприятий состоит из силовых физических упражнений на тренажерах, упражнений на растягивание, механической разгрузки на ПЗВ и расслабление мышц туловища. Восстановительная программа состоит из 18-24 сеансов по 60 минут, выполняемых в течение 12-14 недель (оптимально 2 сеанса в неделю). При выполнении упражнений на тренажерах ПРГ обеспечивает биологическую обратную связь (БОС) в реальном времени, записывает тренировочный сеанс, выявляет неправильные тренировочные модели для их корректировки. В процессе ФР проводятся этапные тестирования для оценки ее эффективности и корректировки программы. По окончании курса ФР проводится заключительное тестирование. Возможно проведение программы поддержки в зависимости от достигнутого состояния пациента и его мотивации (1 занятие в неделю по 60 минут).
Авторами разработана программа ФР больных среднего возраста с неосложненными стабильными повреждениями ПО ПЗВ в восстановительно-тренировочном периоде при использовании тренажеров DSC. При отсутствии патологического процесса такие больные восстанавливаются консервативно: вытяжение на наклонной плоскости, использование средств тракционной терапии, физиофункциональной терапии [2,3]. При травмах ПО ПЗВ требуется одновременное действие на дистрофически измененные ткани ПЗВ, суставов и патологически измененные нервные элементы для профилактики мышечной гипотрофии, улучшения трофики, улучшения периферического кровообращения. В этом периоде для больных целесообразно применение компьютеризированных тренажеров DSC для улучшения состояния мышц, стабилизирующих ПЗВ [5].
Цель экспериментального исследования: оценка эффективности разработанной программы ФР с применением тренажеров DSC для тематических пациентов в восстановительно-тренировочном периоде. Исследование проводилось с участием 16 тематических больных в Центре здоровья позвоночника и суставов «ВОМЕД» в феврале-апреле 2013г. Преимущества программы DSC: индивидуальный подход - часто при тестировании мышц, обеспечивающих боковые наклоны грудного и ПО ПЗВ у людей с люмбалгией наблюдается, что сила мышц с одной стороны превышает силу мышц с другой, а во время занятий асимметрии устраняются, что подтверждается этапными испытаниями; безопасность пациента гарантируется эргономичной конструкцией тренажеров, диагностикой состояния мышечного корсета, механизмом фиксации бедра, ограничителями объема движений и др. На всех этапах пациента сопровождают специально обученные специалисты.
Для определения эффективности разработанной программы ФР больные были разделены на две группы - основную (ОГ) и контрольную (КГ). ОГ составили больные возрастом 37-54 года. На протяжении 1,5 месяца они работали по программе ФР, включающей занятия ЛФК и на тренажерах DSC. Реабилитационный процесс был направлен на восстановление нормального статодинамического стереотипа, укрепление мышц туловища, повышение их силы и выносливости, увеличение амплитуды движений, общее укрепление организма. КГ составили больные возрастом 36-55 лет, которые восстанавливались по программе ФР медицинского центра. Диагноз установлен на основании анамнеза, физикального осмотра, компьютерного томографического сканирования и методом МРТ. Для больных КГ программа ФР лечебного учреждения, включала разминку (с работой на кардиотренажере), упражнения на тренажерах DSC и упражнения на растяжение после занятий на каждом тренажере.
Разработанная программа ФР для ОГ включала 12 занятий с интервалом в 48 часов между ними. Она разделена на отдельные фазы, со своими целью и задачами. Каждое занятие проводится индивидуально с компонентами: разминка

(комплекс упражнений ЛФК), упражнения на тренажерах, растяжение и релаксация после упражнений на тренажере. Основная цель - обучение больного необходимым навыкам поведения, адаптированным к повседневной жизнедеятельности. Каждое занятие содержит: разогрев (велотренажер, комплекс ЛФК), динамические физические упражнения на пяти тренажерах DSC серии Future-Line [5]: 110 lumbar/thoracic extension (пояснично-грудное разгибание); 120 lumbar/thoracic rotation (пояснично-грудная ротация); 130 lumbar/thoracic flexion (пояснично-грудное сгибание); 140 cervical extension (шейное разгибание и боковое сгибание); 150 lumbar/thoracic lateral flexion (пояснично-грудное боковое сгибание).

Упражнения на растягивание выполняются пациентами после занятий на тренажере. Их очередность может варьироваться с учетом реабилитационного потенциала и индивидуальных возможностей пациента [1,3]. Упражнения на тренажерах: 1-2 подхода по 20 повторений. Вес отягощения подбирается на основе расчетов программы ФР с учетом субъективных ощущений пациента. Упражнения на растягивание и расслабление делятся на две группы: специфические, применяемые после упражнений на тренажерах и дополнительные, разработанные авторами, их выполняют после начального разогрева или в конце занятия. Далее их используют совместно с функциональными упражнениями во время проведения программы профилактики. Упражнения подбираются согласно физическому состоянию пациента и функций тренажера. Растяжению подлежат мышцы, которые динамично нагружались на тренажерах. Разработанная авторами программа ФР состоит из четырех фаз с определенной целью для каждой. Первый этап программы (1 фаза «ориентационная») длится четыре недели, цель - улучшение координации сегментов ПЗВ, обмена жидкостью в межпозвонковых дисках и веществ в структурах ПЗВ. Подобранные упражнения выполняются на тренажерах DSC: 1-2 подхода по 20 повторений. Во время фазы 2 (5-6 неделя) сегментарная координация ПЗВ совершенствуется, улучшается мобильность, нагрузка постепенно увеличивается. Цель - поощрение пациента, создание правильной физической нагрузки, улучшение координации сегментов ПЗВ, его подвижности и выносливости. Во время фазы 3 (7-9 неделя) нагрузка увеличивается для улучшения устойчивости ПЗВ. Цель - улучшение подвижности ПЗВ, увеличение его выносливости и грузоподъемности. В процессе фазы 4 (10-12 неделя) пациент готовится к самостоятельным занятиям. Цель - аналогична цели фазы 3.

Поддерживающая программа. Минимум четыре занятия в месяц поддерживают достигнутые результаты. Пациенту, прошедшему 12-недельную программу ФР, каждому человеку с проблемами ПЗВ рекомендуются самостоятельные тренировки по программе профилактики 1 раз в неделю. Цель - сохранить достигнутые результаты, улучшить подвижность ПЗВ или продолжить развитие силы и выносливости [4,5].

Полученные результаты. Пациенты двух групп определили положительную динамику своего общего состояния. При выполнении упражнений на расслабление мышц туловища у пациентов отмечено уменьшение боли, а динамических упражнений - повысилась силовая выносливость мышц и объем движений ПО ПЗВ. Увеличились двигательные возможности больных, улучшилось их психоэмоциональное состояние и тонус глубоких мышц ПЗВ, устранен спазм мышц, улучшились координационные способности. Показатели болевых ощущений по визуальной аналоговой шкале боли у пациентов ОГ до проведения ФР в среднем соответствовали 3±0,3, а после - 1,3±0,1, а в КГ соответственно 2,9±0,3 и 2±0,2. Результаты изменения показателей амплитуды ПО ПЗВ при тестировании на тренажерах DSC показали, что они имеют положительную динамику повышения амплитуды в двух группах, однако в ОГ они выше, чем в КГ. Тестирования на тренажерах DSC отметили положительные сдвиги со стороны мышечной силы ПО ПЗВ в обеих группах. Показатели теста в ОГ и КГ увеличились - среднее значение силы мышц стало выше, чем до начала ФР. По результатам анализа данных исследования отмечено значительное повышение показателей силы мышц ПО ПЗВ у пациентов ОГ относительно КГ. Их увеличение подтверждает положительный эффект созданной авторами программы ФР.

Выводы. Проанализированы особенности восстановления больных, имеющих повреждения и заболевания ПО ПЗВ, с помощью тренажеров DSC и определены преимущества программы DSC. Создана программа ФР тематических больных среднего возраста на восстановительно-тренировочном периоде при помощи тренажеров DSC. Исследовано состояние больных и оценена эффективность программы ФР для тематических пациентов среднего возраста при использовании тренажеров DSC. Целесообразны дальнейшие расширенные исследования по оценке эффективности применения компьютеризированных тренажеров DSC в мероприятиях физической реабилитации больных с повреждениями и заболеваниями позвоночника.

Литература.

Лазарева Е.Б. Физическая реабилитация при хирургическом лечении вертеброгенных пояснично-крестцовых синдромов: [монография] / Елена Борисовна Лазарева. – К., 2012. – 328 с. – Библиогр.: с. 304-327.: ил.

Марченко О.К. Основы физической реабилитации: учеб. для студентов вузов / О.К. Марченко. – К. : Олимп. лит., 2012. – 528 с. – Библиогр. : С. 519 - 527.

Попадюха Ю.А. Применение тракционных средств для восстановления спортсменов после травм пояснично-крестцового отдела позвоночника / Ю.А.Попадюха, Сохиб Бахджат Махмуд Альмаваждех // Физическое воспитание, спорт и культура здоровья в современном обществе. Сборник научных трудов Волынского национального университета имени Леси Украинки. № 4 (16). Луцк, 2012. - С. 244 - 251.

http: // www.doc-plus.ru/i30 - комплекс тренажеров «David back concept».

http: // vomed.com.ua – Центр здоровья позвоночника и суставов «ВОМЕД».

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО КОМПЛЕКСНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

Е.И. Перова, С.А. Бронфман, Л. В. Смекалкина, А.И. Кучинов
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. Беременность, как известно, является периодом повышенного риска для соматического и психического здоровья женщины. Жалобы беременных невротического характера объясняются «особым положением» женщины и, таким образом, игнорируются или ведут к назначению симптоматической медикаментозной терапии.

Результаты ряда исследований продемонстрировали, что стресс в период беременности оказывает негативное влияние на формирование у плода лобной коры и подкорковых структур мозга, ответственных за психическое здоровье младенца, что может приводить к повышению риска возникновения психопатологических нарушений в будущем. Антидепрессанты в период беременности в развитых странах применяют, по разным данным, от 5% до 14% женщин. Данные относительно безопасности применения антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и других антидепрессантов во время беременности противоречивы. Таким образом, как акушеры – гинекологи, так и врачи – психотерапевты оказываются в затруднительном положении: с одной стороны, хорошо известен факт, что отсутствие лечения психических расстройств само по себе оказывает негативное влияние, как на мать, так и на ребенка, а, с другой стороны, необходимо учитывать потенциальный риск воздействия психотропного препарата на плод.

Однако данные по эффективности групповой психотерапии беременных в рамках дородовой подготовки до сих пор отсутствуют.

Материалы и методы исследования. В настоящем исследовании приняло участие 180 беременных в возрасте от 22 до 46 лет на сроке беременности 32-34 недели, обратившихся в поликлиническое отделение ФГУ НЦАГиП им. Кулакова Минздрава РФ с целью динамического наблюдения и родоразрешения в данном лечебном учреждении.

Из методов исследования применялся: клинико-психопатологический, психологический, клинико-анамнестический и статистический. Из 180 обследованных беременных было 130 первородящих и 50 – повторнородящих.

Медиана возраста первородящих составила 27 лет (22-41), повторнородящих – 34 года (25-46). Медиана интергенеративного интервала у повторнородящих составила 4 года (2-11).

Все беременные, выразившие согласие на участие в группах дородовой подготовки, были рандомизированы на три группы (для первородящих): в одной из групп (группа 1) подготовка беременных к предстоящим родам проводилась с использованием разработанного нами комплексного медико-профилактического и психотерапевтического подхода, который заключается в сочетании психотерапевтического воздействия (когнитивно-поведенческая психотерапия, позитивная психотерапия в сочетании с методом аудиальной психокоррекции) с обучением беременных дыхательным техникам и занятиями специальной гимнастикой - восемь групповых занятий; во второй группе (группа 2) применялся психообразовательный подход (лекционный курс) в виде восьми групповых занятий по 2 часа, 2 раза в неделю в сочетании с обучением правильному дыханию и специальной гимнастике; в третьей группе (группа 3) обследуемых никакой специальной подготовки к родам не проводилось (группа контроля). Повторнородящие были рандомизированы на 2 группы: в первой группе проводились занятия с использованием разработанного нами комплексного медико-профилактического и психотерапевтического подхода (см. выше) - восемь групповых занятий; во второй применялся психообразовательный подход (по 2 часа, 2 раза в неделю).

Для статистической обработки полученных данных были использованы методы параметрической и непараметрической статистики. Во всех случаях в качестве порогового значения уровня значимости принималась величина $p=0,05$ (5%). Выводы, для которых уровень значимости оказывался $p<0,05$, признавались достоверными.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди первородящих снижение уровня тревоги в группе 1 наблюдалось у 71% женщин, что значимо больше ($p<0,05$), чем у беременных в группах 2 (29%) и 3 (18%)

У повторнородящих из группы 1 также наблюдалось снижение уровня тревоги у 80% беременных, что значимо больше ($p<0,05$), чем в группе 2 (45%). По данным Опросника «Отношение к предстоящим родам» после занятий в группах дородовой подготовки по разработанной нами методике (группа 1) значимо ($p< 0,05$) повысился процент положительных оценок предстоящих родов (20% и 50% соответственно). По данным Опросника «Воспоминания о родах» положительную оценку прошедшим родам дали 65% женщин (перво- и повторнородящих), которые проходили дородовую подготовку по разработанной нами методике, что значимо превысило процент женщин, давших положительную оценку прошедшим родам (25%) из тех, кто не проходил дородовой подготовки.

Выводы. 1. Применение нового комплексного психотерапевтического подхода в рамках групповой дородовой подготовки беременных в третьем триместре позволило снизить уровень тревоги у 71% женщин, что значимо больше ($p < 0,05$), чем в группе беременных, не проходивших дородовой подготовки или проходивших подготовку с использованием психообразовательного (лекционного) подхода.

2. Применение данного психотерапевтического подхода позволяет значимо ($p<0,05$) повысить процент положительной оценки беременными предстоящих родов (20% и 50% соответственно, по данным Опросника «Отношение к предстоящим родам»).

3. Положительную оценку прошедшим родам (по данным Опросника «Воспоминания о родах») дали 65% родильниц из тех, кто проходил дородовую подготовку с применением нового комплексного психотерапевтического подхода, что значимо больше ($p<0,05$), чем среди родильниц, не проходивших дородовой подготовки (25%).

ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Л.М. Пивина, Т.И. Белихина, Т.Ж. Мулдагалиев, Г.Б. Батенова, Р.Р. Курумбаев
Государственный медицинский университет НИИ радиационной медицины и экологии, Семей, Республика Казахстан

Территории Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей Казахстана во время проведения ядерных испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне подверглись радиационному загрязнению, а население – многократному острому и хроническому сочетанному внешнему и внутреннему облучению в диапазоне средних и малых доз. Демографическая структура населения указанных территорий в последние годы свидетельствует, что лица трудоспособного возраста являются потомками разных поколений лиц, подвергшихся прямому облучению [1]. При оценке состояния здоровья лиц трудоспособного возраста, проживающих на территориях, подвергшихся радиационному загрязнению, необходимо учесть, что помимо радиационного воздействия в минимальных дозах, эти лица рождены от подвергавшихся прямому облучению родителей. Не вызывает сомнения, что при изучении влияния факторов радиационного риска на популяционном уровне одним из фундаментальных вопросов является оценка стабильности функционирования генетического аппарата, так как повреждение генома при прямом радиационном воздействии является патогенетической основой нарушений в ведущих гомеостатах организма их потомков [2].

Целью исследования явилась разработка научных основ и технологий минимизации радиационных и нерадиационных факторов риска мультифакториальных заболеваний у населения, проживающего на экологически неблагополучных территориях Казахстана, на основе разработки новых подходов прогнозирования, лечения и профилактики.

Материалы и методы. В 2012-2013 гг. в рамках реализации научно-технической программы «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска для здоровья населения» выполнены скрининговые обследования населения радиоэкологически неблагополучных районов Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей. Значения индивидуальных эффективных доз внешнего облучения жителей указанных территорий находятся в диапазоне 250-500 и более мЗв. Критериями включения в группу радиационного риска были: документально подтверждённый факт проживания кровных родственников (родители, бабушки и дедушки) на радиационно-загрязнённых территориях в период с 1949 по 1962 гг.; постоянное проживание исследуемого лица на изучаемой территории. Критерием включения в контрольную группу был факт приезда на территорию изучаемого района из радиационно чистых территорий после 1970 г. Критериями исключения были: лица, выбывшие по различным причинам из разработки; лица, отказавшиеся от проведения исследований; лица, не имеющие статуса пострадавшего.

Основой организации скринингового медицинского обследования населения контролируемых территорий Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей, подвергавшегося радиационному воздействию и их потомков являлась база данных Государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения РК (ГНАМР). В этой связи были выкопированы и проанализированы материалы по численному и возрастно-половому составу населения, представленного группами радиационного риска. Особое внимание было уделено сбору информации о времени проживания конкретных лиц на изучаемых территориях с последующим расчетом индивидуальных эффективных эквивалентных доз облучения, в том числе с применением счетчика излучений человека (СИЧ).

Обследование включало заполнение анкеты скринингового обследования с выяснением радиационного маршрута родителей (дедушек, бабушек) на радиационно загрязненных территориях в период с 1949 по 1962 гг. (период проведения основных дозообразующих наземных и воздушных испытаний ядерного оружия); заполнение карты генетического обследования и забор крови для определения полиморфизма генов, отвечающих за развитие болезней системы кровообращения(Met235Thr и Thr174Met полиморфизмов гена AGT, Leu 28 Pro в гене APOE, C786T в гене NOS3, Glin192Arg в гене PON1 и Lys198Asn в гене EDN1) и онкологических заболеваний (BRCA1 5382insC) в случаях, когда на обследование приходили члены семьи в нескольких поколениях.

Результаты исследования. Врач-терапевт при осмотре, помимо общеклинического обследования, проводил определение синдрома гипермобильности (у подростков) с заполнением анкеты по остеопении с последующей остеоденситометрии; для пациентов старше 25 лет – исследование липидного спектра крови для прогнозирования риска развития болезней системы кровообращения; для пациентов с диагностическими признаками АГ или ИБС – заполнение карты БСК, ЭКГ, измерение АД, биохимический анализ крови. При необходимости больные направляются для углубленного обследования эндокринологом, кардиологом, онкологом, гастроэнтерологом, гинекологом или педиатром. С целью донозологической диагностики социально значимых заболеваний у потомков лиц, подвергшихся облучению, использовалась оценка функционального состояния в системах гормонального, вегетативного гомеостатов и расчеты сопряженности исследуемых показателей с нарушениями неспецифической резистентности (изучение адаптационных гормонов инсулина, кортизола, адренокортикотропного гормона); изучение гормонов щитовидной железы и антител к тиреоидной пероксидазе; оценка функционирования вегетативного гомеостата по анализу распределения показателей ВРС; определение иммунного статуса. Для определения суммарного коронарного риска нами была выбрана компьютерная программа HeartScore® - калькулятор риска коронарных эпизодов, электронный аналог бумажной версии Европейской шкалы SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation).

При обследовании заболеваемости населения в подавляющем большинстве случаев регистрировались 8 рубрик и классов заболеваний, которые и были проанализированы нами. В структуре распространенности заболеваний 1 и 2 ранговое место занимали болезни системы кровообращения (38,2%;37% соответственно по основной группе и контрольной группе); болезни эндокринной системы (20,3%; 22,3% соответственно). Третье и четвертное ранговое

место занимали болезни костно-мышечной и соединительной ткани (10%; 8,6 % соответственно) и болезни органов дыхания (10,1%; 6,6%; соответственно).

Уровень общей заболеваемости в основной группе составил 1812,5 случая на 1000 населения. По 8 рубрикам и классам уровни распространенности заболеваний основной группы были достоверно выше, чем в контрольной группе; что касается группы сравнения, то только по болезням нервной системы уровень распространенности был выше, чем в контрольной группе (RR=1,3; p<0,05). Среди лиц основной группы уровень распространенности болезней крови и кроветворной ткани составил 86,2 случая на 1000 населения, в контрольной группе – 68,4 случая (RR=1,26; p<0,05). Наиболее высокие уровни распространенности заболеваний зарегистрированы по БСК и болезням эндокринной системы. Так уровень БСК в основной группе составил 692,8 случая на 1000 населения, в контрольной группе 471,8 случая (RR=1,47; p<0,05). Уровень распространенности болезней эндокринной системы составил 367,5 случая на 1000 населения в основной группе, в контрольной группе – 272,6 случая (RR=1,35; p<0,05).

Показатели распространенности болезней органов дыхания были достоверно выше в основной группе (183,2; 120,2 на 1000 населения соответственно, RR=1,53; p<0,05). Та же картина наблюдалась при анализе заболеваний органов пищеварения. В основной группе уровень распространенности этих заболеваний составил 121,3 на 1000 населения, в контрольной группе – 95,8 случая (RR=1,27; p<0,05). Достаточно высокие показатели болезней костно-мышечной и соединительной ткани (180,6 случая на 1000 населения, RR=1,64;p<0,05) зарегистрированы в основной группе по сравнению с контрольной группой (110,1 случая). Уровни распространенности болезней мочеполовой системы среди лиц основной группы были достоверно выше, чем в контрольной группе и составили 75,3; 60,4 случая на 1000 населения соответственно (RR=1,25; p<0,05).

Высокие атрибутивные риски в основной группе регистрировались по болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани – 39%, БСК – 32%, болезням органов дыхания– 34,6%, болезням нервной системы – 28% и болезням эндокринной системы 25%. Такое распределение атрибутивных рисков свидетельствовало о высоком вкладе обще средовых факторов риска в формировании анализируемых заболеваний и предполагало наличие анализа сопряженности относительных рисков и атрибутивных рисков, формирующих дополнительные к ожидаемым случаи заболеваний.

Среди населения, прошедшего скрининговое обследование, два первых ранговых места в структуре общей заболеваемости занимали БСК и болезни эндокринной системы. Среди нозологических форм БСК в группах населения трех изучаемых районов, в подавляющем большинстве случаев диагностировались ИБС и АГ, что соответствовало современным тенденциям распространенности этих заболеваний в мире. Наблюдалась четкая зависимость их существенного увеличения в более старших возрастных группах. Из проанализированных нами возрастных страт 40-49, 50-59 и 60 лет и старше частота ИБС и АГ среди лиц возрастной страты 40-49 лет в 3-5,5 раза регистрировалась чаще, чем в старших возрастных стратах. Причем эта тенденция сохранялась во всех изучаемых районах.

Заключение. Таким образом, результаты скринингового обследования населения изучаемых районов ВКО и Павлодарской области свидетельствовали об эффектах влияния обще средовых и радиационных факторов риска на состояние здоровья. При этом зарегистрированы отдельные классы заболеваний, имеющие существенную зависимость с величинами установленных доз облучения. Установленные в ходе скринингового обследования особенности формирования здоровья населения изучаемых районов целесообразно использовать для оптимизации медико-социального контроля за контингентами, представленными декретированным населением, проживающим вокруг объектов, угрожающих радиационной безопасности. В системе медицинской профилактики рекомендовано проведение специализированных медицинских осмотров с целью формирования групп дальнейшего углубленного медико-генетического обследования для ранней донозологической диагностики мультифакториальной патологии в условиях радиоэкологического риска.

Литература.

Balmukhanov S.B., Abdrakhmanov J.N., Balmukhanov T.S., Gusev B.I., Kurakina N.N., Raisov T.G. Medical Effects and Dosimetric Data from Nuclear Tests at the Semipalatinsk Test Site / Technical Report for Defense Threat Reduction Agency.- 2006.- 124 p.

A.Hamada, N.Chaizhunusova. No increate of large-scale mitochondrial DNA deletions in peripheral blood cells in residents of Kazakhstan around SNTS// Acta Medica Nagasakiensia, -2004. - V. 49. – C.38-44.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

В.А. Поляков

ГБОУ ВПО Самарский Государственный медицинский университет МЗ РФ, Самара, Россия

Физическая реабилитация больных остеохондрозом позвоночника является одной из самых актуальных проблем современной медицины, так как это заболевание сопровождается значительным снижением физической работоспособности и часто приводит к инвалидизации.

Целью исследования явилась работка программы комплексной физической реабилитация таких больных, включающая кроме стандартного медикаментозного и физиотерапевтического лечения, диагностику

функционального состояния позвоночника с помощью тестирования на аппаратно-программном комплексе «DAVIDBACKCONCEPT» (АПК DBC, Германия).
Задача исследования - оптимизация методики тренировок с использованием АПК DBC. Диагностическая системы АПК DBC позволяет определять подвижность различных отделов позвоночника, силу и выносливость мышц, расположенных вдоль позвоночного столба, состояние баланса силы мышц агонистов и антагонистов. На основании полученных данных составляется индивидуальная программа тренировок для каждого пациента. Занятия, продолжительностью 1-1,5 часа проводятся врачом ЛФК по индивидуальной программе 3 раза в неделю. Курс лечения - 12-24 процедур. В процессе занятий достигается разгрузка позвоночника, устранение дисбаланса симметричных мышечных групп шеи и туловища, восстановление оптимального соотношения силы сгибателей и разгибателей, укрепление основных мышечных групп позвоночника с целью формирования полноценного мышечного корсета, обучение приемам релаксации.
В результате проведенного лечения (56 мужчин и 42 женщины с остеохондрозом 2 и 3 стадии) все больные отмечали уменьшение болевого синдрома, увеличение активности, улучшение ночного сна, повышение настроения. Повторное тестирование на АПК DBC по окончании курса лечения показало, что у 86% больных полностью ликвидирован дисбаланс мышц, а у остальных он значительно уменьшился. У всех больных изометрическая максимальная сила разгибателей и сгибателей в поясничном отделе, боковых мышц туловища и косых мышц живота увеличивалась до нормальных величин, а у отдельных больных в значительно большей степени. У 92% больных амплитуда движений в суставах позвоночника восстановилась до физиологической нормы. Ни в одном случае не наблюдалось обострения процесса, а 94% пациентов полостью избавились от болей в спине.
В дальнейшем больные продолжают регулярные тренировки в зале, оборудованном спортивными тренажерами. Спортивные тренажеры, использующие тяговый принцип позволяют эффективно укреплять мышцы, формирующие мышечный корсет без создания нагрузки на позвоночник и одновременно включать элементы релаксации. Все больные обучались специальной технике выполнения упражнения на спортивных тренажерах, включающую в себя работу преодолевающего характера, кратковременное изометрическое напряжение, работу уступающего характера с последующей релаксацией. Опыт нашей работы показал, что большинство больных остеохондрозом позвоночника со 2-3 стадией заболевания пройдя курс реабилитации и продолжая систематически заниматься в тренажерном зале, создав стойкие механизмы компенсации, добиваются стойкой многолетней ремиссии.

РЕАКЦИЯ ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АДАПТАЦИИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ

В.А. Поляков
ГБОУ ВПО Самарский Государственный медицинский университет МЗ РФ, Самара, Россия

В процессе адаптации к разнообразным факторам внешней среды важная роль принадлежит системе «гипофиз-щитовидная железа». Гормоны щитовидной железы оказывают большое влияние на окислительные процессы, повышая активность большинства клеточных ферментов и энергетических систем. Являясь физиологическими регуляторами окислительно-восстановительных процессов, они способны оперативно обеспечивать ход адаптивных перестроек в организме, связанных со стрессорными воздействиями. Известно, что физические нагрузки являются важным фактором, обуславливающим увеличение уровня тиреоидных гормонов в крови. В то же время о характере изменений тиреоидного статуса в условиях острой гипоксии до настоящего времени нет единого мнения. В литературе встречаются данные, как о сильном угнетении, так и об активации функции щитовидной железы при ее воздействии.
Целью нашей работы явилось изучение реакции тиреоидной системы при остро развивающемся кислородном голодании. Задачами исследования являлось выявление различий в реакции тиреоидной системы у лиц с различным уровнем адаптации к физическим нагрузкам в условиях остро нарастающей нормокапнической гипоксии. Проведены исследования с моделированием респираторного стресса в условиях остро развивающейся нормокапнической гипоксии у спортсменов-гребцов высоких разрядов и у нетренированных лиц, для чего проводилось дыхание воздухом в замкнутое пространство спирографа с поглощением выделяемой углекислоты под контролем насыщения артериальной крови кислородом. Анализ уровня тиреоидных гормонов в плазме крови радиоиммунным методом проводился в исходном состоянии и при достижении глубокой степени гипоксии (при снижении насыщения артериальной крови кислородом ниже 50%).
Установлено, что концентрация тиреоидных гормонов в плазме крови у тренированных лиц, как в покое, так и во время проведения исследований с моделированием респираторного стресса в условиях быстро нарастающей нормокапнической гипоксии достоверно ниже, чем у нетренированных лиц, что может свидетельствовать об экономичности обменных процессов. В то же время анализ соотношения между уровнями циркулирующих в крови Т3 и Т4 показал, что в тренированном организме содержится больше активной формы йодтиронинов Т3, что можно рассматривать как проявление своеобразного адаптационного механизма. Полученные результаты также свидетельствуют о значительной активизации функции щитовидной железы в условиях острой гипоксии. Это выражалось интенсификацией дейодинирования Т4 и ростом содержания Т3 в плазме крови, который блокирует окислительное фосфорилирование и снижает потребление кислорода тканями, что может рассматриваться как проявление реакции срочной адаптации. В то же время динамика изменений уровней Т3 и Т4 говорит о более экономном и совершенном функционировании тиреоидной системы у спортсменов. Это проявлялось не только в более низком уровне тиреоидных гормонов в крови в состоянии покоя, но и в том, что у лиц с более высокими

адаптационными возможностями процесс интенсивной трансформации Т4 в Т3 был более длительным и продолжался даже при достижении предельно глубокой степени кислородного голодания, в то время как у нетренированных лиц отмечалось его торможение при достижении значительно меньшего уровня гипоксии при первоначальной более выраженной, чем у нетренированных лиц, активации.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Н.А. Пищухина
Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Введение. В связи с тем, что первый контакт мам и ребенка отсрочен, может быть затрудненно взаимодействие матери и ребенка и, как следствие, формирование материнского поведения, что влияет на психоэмоциональное состояние. Планирование беременности позволяет благополучно выносить и родить здорового ребенка, но если женщина рожает недоношенного ребенка это для нее дополнительный стресс [6, 32].
Цель исследования. Изучение психоэмоциональных особенностей у матерей недоношенных детей.
Гипотеза исследования - психоэмоциональное состояние матери доношенного ребенка будет отличаться от психоэмоционального состояния матери недоношенного ребенка.
Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГБУЗ АО «СГДКБ» - первое педиатрическое отделение, в период с ноября 2013 по март 2014; в нем приняло участие 52 женщины в возрасте от 20 до 30 лет.
Методический аппарат исследования: шкала реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру, рисуночный проективный тест «Я и мой ребенок» Филиппова Г. Г., тест отношения беременной после родов – ТОБ (р) Добряков И.В., проективные методики: тест «Фигуры» (В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова).
Статистический анализ осуществлялся с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни (в случае количественного признака) и критерия Хи-квадрат Пирсона (в случае качественного признака).
Результаты исследования. Матери недоношенных детей по сравнению с матерями доношенных старались не менять свой образ жизни во время беременности ($p=0,014$), эмоциональное состояние было тревожным ($p=0,016$), депрессивным или повышенным ($p=0,040$); они переживали за исход беременности для себя и ребенка, шевеление ребенка часто связывали с тревожными или болевыми ощущениями ($p<0,001$); материнское отношение характеризовалось усиливающимся или неустойчивым эмоциональным состоянием, усиленным вниманием к негативным сторонам поведения ребенка и своему состоянию; неустойчивым отношением к ребенку с изменением ценности (либо повышенная, подавляла все остальные ценности, либо пониженная, преобладали ценности из других сфер) ($p=0,025$). Эмоциональное состояние в момент исследования проявлялось выраженным эмоциональным напряжением, существенно пониженным фоном настроения ($p=0,001$).
Заключение. Таким образом, выдвинутая нами гипотеза - психоэмоциональное состояние матери доношенного ребенка будет отличаться от психоэмоционального состояния матери недоношенного ребенка – подтвердилась. Полученные результаты необходимо учитывать в работе с матерями, родившими недоношенного ребенка; поскольку их позитивное эмоциональное состояние является необходимым звеном для последующего гармоничного развития ребенка.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

О.Л. Попова, Д.М. Меденникова, М.М. Рахимова
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Государственной приоритетной задачей в соответствии с Пармской декларацией по окружающей среде и охране здоровья (2010 г.) и Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг. является профилактика заболеваний, связанных с небезопасной химической, биологической и физической окружающей средой, защита каждого ребенка от рисков, связанных с воздействием вредных веществ и факторов, уделяя особое внимание местам, где живут, учатся и играют дети. В связи с принятием закона ФЗ №273 «Об образовании в Российской Федерации» востребованность услуг по дополнительному образованию детей и подростков значительно возрастает, что обусловливает вариативность форм проведения занятий и условий, в которых они организуются.
Целью работы является минимизация экологических рисков здоровью детей и подростков при организации дополнительного образования в музеях и пассажирских помещениях Московского метрополитена. В соответствии с указанной целью необходимо решить следующие задачи: классифицировать экологические факторы риска здоровью детей и подростков в музейной среде, в пассажирских помещениях Московского метрополитена; изучить и оценить формы и условия, в которых реализуются современные образовательные технологии; оценить печатную продукцию, используемую с образовательной целью на занятиях для детей и подростков.
Объём и методы исследования. На основе разработанной анкеты, систематизированы факторы внутри музейной среды, которые могут оказывать неблагоприятное воздействие на детей и подростков, занимающихся по программам дополнительного образования или в рамках образовательного туризма. Образцы в количестве 106 единиц

издательской продукции, распространяемые в музеях г. Москвы в период с 2008 по 2012 год. Применены методики по определению показателей шрифтового оформления и полиграфического исполнения печатных изданий. Аналитические методы: сравнение безопасных уровней воздействия, создаваемых в пассажирских помещениях метрополитена, с нормативами для образовательных учреждений.

Результаты и обсуждение. Неблагоприятным экологическим фактором при организации занятий в Московском метрополитене является высокий уровень шума. В часы «пик» шумовая нагрузка превышает допустимые значения почти в 100% проведенных замеров. Эквивалентные уровни звука на платформах подземных станций доходят до 90 дБА, а на открытых станциях до 77 дБА. Продолжительность занятий в условиях метрополитена определяется организаторами мероприятий и может достигать до 5 часов. При организации занятий в музеях дети подвергаются воздействию разнообразных факторов таких как: физические (электромагнитные поля), химические (демонстрация химических опытов с веществами потенциально опасными), биологические (занятия с биологическими объектами), радиационные. Параметры шрифтового оформления в 66,0% изданий, рассчитанные на несколько возрастных группы, не соответствовали установленным к наименьшей из указанных в читательском адресе возрастных групп требованиям. Параметры световой среды в экспозиционных залах не соответствуют нормируемым значениям, установленным для проведения образовательных занятий, как с использованием печатных изданий, так и современных электронных носителей информации. Выводы: наиболее значимыми экологическими факторами риска являются высокие уровни шума и электромагнитных полей, недостаточный уровень освещенности и использование печатных изданий, не соответствующих установленным гигиеническим требованиям.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

А.А. Поспелова, А.А. Михайлова
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение. По данным ВОЗ, гипертоническая болезнь (ГБ) поражает до 20% населения развитых стран мира и в развивающихся странах её частота также велика и продолжает нарастать. По прогнозу представителя ВОЗ A. Lopez, заболеваемость и смертность в связи с патологией артерий сердца и мозга будут занимать два первых места среди 15 наиболее частых причин гибели людей на планете в 2020 году. ГБ характеризуется прогрессированием и персистенцией, развитием инвалидизирующей патологии сердца, головного мозга, глаз, почек, тяжелыми осложнениями и значительным ухудшением качества жизни пациентов, в частности, развитием дисциркуляторной энцефалопатии с когнитивными, вестибулярными и психовегетативными нарушениями. Снижение АД по данным многоцентровых исследований позволяет снизить риск развития инсульта на 30-40%. Однако в реальной практике при применении современных антигипертензивных средств снижение АД до целевого уровня менее 140/90 достигается лишь у 30-40%. Поэтому ГБ является одной из актуальнейших проблем медицины, как в силу широкой распространенности, так и в качестве одной из главных причин инвалидизации и смертности работоспособного населения.

Одним из механизмов развития артериальной гипертензии рассматривается повышение АД как реакции на развитие в организме участка ишемии (хронической или острой) жизненно-важного органа - миокарда или головного мозга. Имеются данные о сигнальной роли позвоночной артерии в регуляции мозгового кровотока, что ведет при недостаточном притоке крови по позвоночной артерии к подъему АД. Подтверждением данной теории является нормализация уровня АД при снятии функциональных блоков путем мануального манипулирования на шейно-грудном отделе. Частота дегенеративных изменений шейного отдела позвоночника, приводящих к его деформации, сдавлению брахиоцефальных артерий и ухудшению кровоснабжения головного мозга у больных АГ составляет более 60%. АГ в данной ситуации рассматривается как часть симптомокомплекса «синдром позвоночной артерии» или «вертебро-базилярная недостаточность». Данной проблемой занимаются неврологи, и ее часто недооценивают кардиологи и терапевты. Раздражение акупунктурных точек (АТ) позволяет уменьшать спазм мышц, за счёт рефлексогенных влияний оказывать вазодилатирующий эффект и таким образом воздействовать на данный компонент. Воздействие на АТ позволяет оказывать не только лечение за счет активации местных сегментарных структур, но также мобилизовать собственные ресурсы организма. При этом вовлекаются в лечебный процесс все органы и системы человека.

Большинство методов снижения артериального давления (АД) ориентировано на медикаментозную терапию. В то же время, немедикаментозные методы лечения больных, особенно на этапе амбулаторного лечения, позволяют снизить АД, нормализовать функцию сердечно-сосудистой, психо-вегетативной, гепато-билиарной, мочеполовой систем как самостоятельно, так и в комплексной терапии. Методика гомеосиниатрии основана на введении в биологически активные точки организма комплексных антигомотоксических препаратов, что позволяет оказывать не только медикаментозное воздействие, но и задействовать механизмы акупунктурной биостимуляции.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 134 больных гипертонической болезнью, 1 стадия - 102, 2 стадия - 32 больных. Из них 40 мужчин в возрасте от 42 до 59 лет (51,7±1,8 лет) и 94 женщины в возрасте от 43 до 56 лет (48,9±0,9 лет). Давность заболевания гипертонической болезнью от 4,3 до 16,2 лет (в среднем 7,4±0,7.)

Сравнивались по методике и эффективности лечения 2 группы пациентов.- 1 группа– 99 человек, получавших гомеосиниатрическое лечение (антигомотоксические препараты по акупунктурным точкам), 2 группа, контрольная- 35 человек, принимавших аллопатические препараты.

В комплексное нелекарственное лечение включались: больные 1-й группы. Применялись антигомотоксические препараты по акупунктурным точкам: Церебрум композитум, Лимфомиозот, Гепар композитум, Лептандра композитум, Траумель С, Солидаго композитум. Введение гомеопатических препаратов проводилось по следующим корпоральным точкам (КТ) - Т20, GI –10, 15, IG -3 ,10, 12 , TR - 5 ,10, 12, 14,15 и аурикулярным (АТ) -7, 7а, 8, 72/1. Применялись также корпоральные точки шейно-воротниковой зоны V-11,13,41, IG-14, 15, GI-15,17 ,Т-13, 14,15,VB-20,21. Лечение проводилось амбулаторно.

Больные 2-й группы (контрольная) принимали аллопатические препараты (седативные, бета-блокаторы, диуретики, гепатопротекторы, ингибиторы АПФ).

Для объективизации методов лечения больным проводилось следующее обследование: МРТ, ЭКГ, РЭГ, УЗДГ сосудов шеи и головы, рентгенография шейного отдела позвоночника, УЗИ гепато-билиарной и мочеполовой систем, биохимические исследования. Также применялось психологическое тестирование по методу MMPI, а также неврологическое и психиатрическое обследование.

При обследовании на рентгенограммах позвоночника у всех больных выявлялись характерные изменения для остеохондроза шейного отдела. На РЭГ отмечался гипертонус артерий мелкого и среднего калибра. На УЗДГ экстракраниальных сосудов головного мозга определялось уменьшение скорости кровотока по затылочным (вертебральным) артериям. До лечения в двух группах выявлено: САД=165,4±1,4 мм.рт.ст., ДАД=86,7±1,8 мм.рт.ст.

Результаты и обсуждение. Использование методик РТ и гомеопатических препаратов, направленных на нормализацию артериального давления, регуляцию функции психо-вегетативной, гепато-билиарной, мочеполовой системы значительно улучшило состояние больных. При применении РТ и антигомотоксических препаратов у больных 1 – группы отмечалась положительная динамика, которая выражалась в стабилизации АД, уменьшении неприятных ощущений и болей в области сердца, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, позвоночника. Выявлена положительная достоверная динамика биохимических параметров. У больных контрольной группы динамика биохимических параметров была незначимой, что связано с постоянным употреблением аллопатических препаратов и токсическим отягощением гепато-билиарной системы. После лечения в 1-группе снижение среднедневного АД было более выраженным и приблизилось к нормальным цифрам: САД=127,3±0,9; ДАД=84,8±1,3, причем показатели нормализовались, начиная с 5 сеанса терапии. Во 2-й группе цифры уменьшились - САД= 123,8 ± 1,3; ДАД = 72,7 ± 1,9, редукция АД и клинической симптоматики начиналась с 8 дня после начатого лечения.

При тестировании по методу MMPI до начала лечения были зарегистрированы достоверно высокие 1,3,7,2 шкалы и снижение по 9, что трактовалось как наличие астено-депрессивного синдрома у больных в обеих группах. В результате проведенной терапии в 1-й группе произошло снижение по 1,2,3,7 шкалам и повышение по 9-й, достоверно более выраженное в 1-й группе (рис.1).

Проведение биохимического анализа крови выявило после лечения более выраженное снижение уровня холестерина, ЛПНП в 1-й группе по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$).

При триплексном сканировании ветвей дуги аорты определялось уменьшение скорости кровотока по затылочным (вертебральным) артериям, в основном, за счет извитости, гипоплазии, усиления коллатерального кровотока, особенно задним мозговым артериям (снижение скорости кровотока по задним мозговым артериям, достигавшего 16,6% по правой ($p < 0,0005$) и 18,3% по левой задней мозговой артерии ($p<0,0001$)). После лечения у большинства пациентов наблюдалось повышение кровотока по позвоночной и задней мозговой артериям, который проявлялся достоверным увеличением общего ранга вазодилятации.

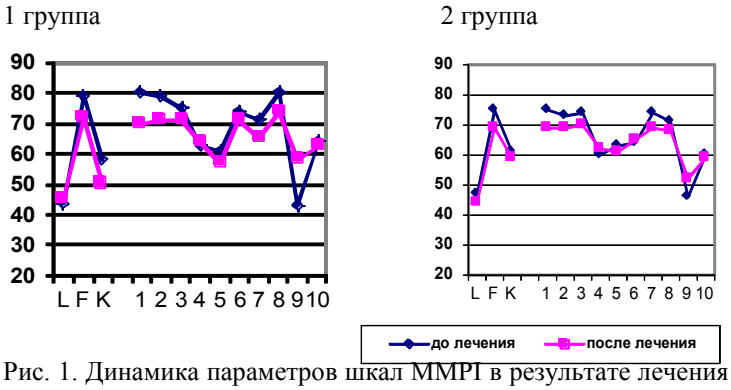

Рис. 1. Динамика параметров шкал MMPI в результате лечения в обеих группах.

Под влиянием комплексного лечения с применением гомеосиниатрии в 1-й группе достигнуто значительное улучшение у 75,5% больных, улучшение у 23,1%, состояние осталось без изменения в 1,4%. Во 2-й группе значительное улучшение произошло у 51,3 % больных, улучшение у 35,2%. У 13,5% больных 2-й группы положительного эффекта не получено.

Таким образом, комплексное нелекарственное лечение больных гипертонической болезнью 1-2 стадии, проведенное с использованием методов и принципов РТ и гомеопатии, позволяет за счет оптимизации саногенетических компенсаторных механизмов организма достигнуть планируемого клинического эффекта.

Литература.

1. Дмитриев В.К. Влияние акупунктуры на церебрально-вегетативное соотношение у больных с начальной стадией гипертонической болезни // Акупунктура. Научно-практические достижения: сб. научных трудов. – Смоленск. – 1997 г. – С.59-75.

2. Марьяновский А.А. Гомеосинитария как терапевтическая методика антигомотоксической терапии. – Материалы научного симпозиума биопунктура и гомотоксикология, 2013.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ ТРИТЕРПЕНОИДОВ

Д.М. Рахимова, М.Е. Амантурлиева
Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, Оренбург, Россия
ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Терпены - многочисленный класс низкомолекулярных соединений, являющихся веществами специализированного обмена растений для их защиты от неблагоприятных воздействий. В больших количествах терпены содержатся в хвойных растениях, во многих эфирных маслах, являются основным компонентом смол и бальзамов. Название «терпены» происходит от лат. Oleum Terebinthinae — скипидар, который получают из живицы. Одним из представителей этих соединений является милиацин, который служит объектом изучения в медицине в связи с обнаруженными у него различными биологическими свойствами. Милиацин получают из кристаллов просяного масла, выпадающих при его отстаивании на холоде. Очистка препарата проводится путем его перекристаллизации из хлороформа.

Цель работы. Оценить защитный эффект милиацина на летальность, показатель микробной обсемененности (ПМО); влияние на продукцию спленоцитами цитокинов in vitro при экспериментальной сальмонеллёзной инфекции. Материалы и методы: исследования выполнены на 150 мышах-самцах (CBA x C57BL6)F1, которых заражали внутрибрюшинно штаммом Salmonella enteritidis госпитального происхождения (2х106 бактерий на мышь). Использовано 4 группы мышей:1-интактные; 2-зараженные;3-зараженные после трехкратного введения растворителя для милиацина: твин 21 в конечной концентрации 1,6х10-7моль/кг;4-зараженные после трёхкратного введения милиацина с интервалом в 3 дня в разовой дозе 2 мг/кг. Уровень цитокинов исследовался методом иммуноферментного анализа (наборы «Цитокин», СПб) на 10 сутки инфекции в супернатанте культуры спленоцитов при спонтанной и стимулированной конканавалином Апродукции цитокинов.

Результаты. 12 из 32 зараженных мышей(37,5%) погибалина протяжении 28 суток наблюдения. Наибольшая гибель отмечалась на протяжении первых 7 суток после заражения. Предварительное введение милиацина снижало гибель мышей до 25% и смещало максимум гибели на 2-ую неделю инфекции. На всех сроках заражения ПМО мышей 4 группы был достоверно ниже по сравнению с 3 группой (в печени-от 20 до 11 раз, в селезёнке-от 30 до 3 раз). У мышей 2 группы повышалась способность спленоцитов в системе in vitro к спонтанной(IFN-γ)и индуцированной (ИЛ-12,IFN-γ, ИЛ-17)продукции цитокинов по сравнению с животными 1 группы. Уровень ИЛ-4 в культуральной среде не стимулированных спленоцитов мышей 2 группы не отличался от значений, определяемых для спленоцитов мышей 1 группы. Вместе с тем у инфицированных животных отмечалась тенденция к снижению индуцированной продукции ИЛ-4 в 2 раза. Милиацин не отменял стимулирующей направленности влияния самой инфекции на продукцию ИЛ-12 и IFN-γ; он обеспечивал значительный прирост их спонтанной продукции среди мышей 4 группы. В отношении митогениндуцированной продукции данных цитокинов стимулирующего действия милиацина не наблюдалось. Его применение обусловливало наиболее высокие показатели спонтанной и индуцированной продукции ИЛ-10. В отношении ИЛ-17 выявлена противоположная направленность влияния милиацина: установлено ограничение прироста его митогениндуцированной продукции до минимальных значений по отношению к другим группам зараженных животных. Выводы: милиацин усиливает бактерицидные механизмы (уменьшает летальность и микробную обсемененность, стимулирует продукцию цитокинов, усиливающих клеточный иммунный ответ(ИЛ-12,IFN-γ)и противовоспалительного цитокина - ИЛ-10) при экспериментальной сальмонеллёзной инфекции, ограничивает продукцию одного из факторов нейтрофильного воспаления –ИЛ-17.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ УСПЕШНОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ АБИТУРИЕНТОВ

И.Н. Рахманина
ФГБОУ ВПО Астраханский государственный университет, Астрахань, Россия

Введение. В современном мире всё более широкое распространение получают психические расстройства и заболевания такие, как депрессии, психосоматические нарушения, неврозы и т.д. Основными причинами, с которыми можно связывать возникновение такого рода нарушений, являются глобальные и стремительные социально-экономические, а так же политические изменения в обществе. Психологические механизмы, которые оптимизируют взаимодействие человека с окружающей средой, должны находиться в динамике, так как и требования к ним в связи с развитием общества постоянно растут.

Проблема успешной личностной адаптации в научном плане до сих пор остается открытой. При этом большинство авторов подчеркивают, что личностный адаптационный потенциал является важным условием эффективности деятельности и качества жизни. Активизация адаптационных ресурсов в большей степени осуществляется при переходе на новую ступень развития и изменении социальной ситуации. Окончание школы и поступление в учебное заведение для выпускника, несомненно, является стрессогенным фактором. Вместе с тем индивидуальные особенности, способствующие эффективности жизнедеятельности на данном этапе, и, следовательно, выступающие в качестве детерминант успешной социально-психологической адаптации, остаются практически не изучены.

Среди исследований социально-психологической адаптации студентов в вузах можно выделить работы Зыковой Н.А., Гавриленко Н.А., 2009; Рахманиной И.Н., 2012;Григорьевской И. В., 2013).

Основная причина интереса к данной теме связана, прежде всего, с тем, что общество стремится сохранить и улучшить здоровье человека. В частности, можно говорить и о здоровье в юношеском возрасте, к примеру, среди абитуриентов ВУЗов. Необходимо отметить, что абитуриенты находятся длительной период времени в нервном напряжении, что может негативно влияет на психологическое состояние личности. В качестве детерминанты социально-психологической адаптации могут вступать защитные механизмы личности. Их широкое разнообразие помогает человеку справляться с самими сложными для него ситуациями и нормализовать своё психологическое состояние.

Таким образом, можно констатировать наличие существенных противоречий между высокими требованиями современных условий к адаптационным возможностям личности абитуриента, попадающего в качественно новые условия жизнедеятельности, обусловленные новым социальным статусом, требованиями и недостаточным пониманием детерминант, обуславливающих активизацию адаптационных ресурсов личности, к которым, возможно относятся защитные механизмы.

Цель исследования. Выявление адаптационного статуса абитуриентов и некоторых психологических особенностей, детерминирующих эффективность жизнедеятельности и способствующих успешной личностной адаптации, в качестве которых рассматривались механизмы психологической защиты личности.

Материалы и методы. Базу исследования стал Астраханский государственный университет. В исследовании приняли участие 60 абитуриентов.

В работе использовались следующие методики: «Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда» и тест, составленный Е.В.Мирошник «Механизмы психологической защиты »Стиль поведения в стрессе», а также опросник Плутчика-Келлермана-Конте «Индекс жизненного стиля» и аппаратная методика «Пульс-атнистресс». В обработке результатов эмпирического исследования применялись методы математической статистики: компьютерные программы, включающие в себя критерии определения значимости и достоверности различий полученных результатов, корреляционный анализ.

При анализе взаимосвязи адаптационного процесса с защитными механизмами рассматривалась в отдельности связь между структурными компонентами адаптационного процесса и психологическими защитами.

В результате корреляционного анализа выявлена значимая ($0,01<p\leq0,05$) положительная корреляционная связь между переменными адаптация и гиперкомпенсация. Данная связь говорит о том, что чем выше уровень адаптации, тем выше непосредственно будет и уровень гиперкомпенсации. То есть между переменными существует прямая зависимость. Так как гиперкомпенсация – это особая компенсация, при реализации которой не просто происходит избавление от чувства неполноценности, но достигается результат, позволяющий занять доминирующую позицию по отношению к другим. Можно говорить, что в процессе прохождения социально-психологической адаптации у абитуриентов срабатывает защитный механизм гиперкомпенсация, вследствие неустойчивого положения в новой группе, нахождения в новой ситуации, в результате которого абитуриент находит свою позицию в группе, достигает определенная ниши, что свидетельствует об успешном прохождении адаптационного процесса.

Корреляционный анализ показал, что существует значимая ($0,01<p\leq0,05$) отрицательная связь между уровнем принятие других и уровнем проявления интеллектуализации. Отрицательная связь переменных говорит о том, что высокое проявление защитного механизма интеллектуализации ведет к низкому уровню принятия и других и снижает процесс адаптации. Чем больше абитуриенты контролируют свои эмоции и обосновывают свои действия зависящими от окружающих, от внешних обстоятельств, тем меньше объективности будет оказываться в процессе принятия других. А также необходимо отметить, что чем меньше человек готов воспринимать, понимать и принимать новых людей, точку зрения другого человека, тем сильнее будет проявляться интеллектуализация, то есть своё негативное отношения к окружающим, абитуриент будет обосновывать совершенно другими факторами, пытаясь оправдать себя. Следствием это будет низкий уровень процесса социально-психологической адаптации абитуриента.

Между переменной принятие других и переменной регрессия при анализе была выявлена значимая ($0,01<p\leq0,05$) положительная связь. То есть, переменные напрямую зависят друг от друга, чем выше уровень принятия

Анализ уровня самопринятия и уровня компенсации показал, что между данными переменными существует значимая ($0,01<p\leq0,05$) положительная корреляционная зависимость. Эта взаимосвязь свидетельствует, что чем выше уровень самопринятия, тем выше уровень компенсации. Можно предположить, что попадая в новую и незнакомую ранее ситуацию, абитуриенты заново узнают себя, это может вести к личностным конфликтам, появляются различные трудности. Это ведет к тому, что неудачи в адаптации абитуриенты компенсируют удачами в других сферах жизни.

При анализе взаимосвязи уровня интернальности и уровня проявления защитного механизма замещение было выявлено, что данные показатели находятся в значимой ($0,01<p\leq0,05$) отрицательной связи между собой. Замещение - проявление инстинктивного импульса переадресовывается от более угрожающего объекта или личности к менее угрожающему. Из данного определения можно сделать вывод, что абитуриент с высоким уровнем интернальности, то есть повышенным собственным чувством ответственности за свои действия реже пользуется защитным механизмом замещение, следовательно, реже срывается на окружающих, которые не имели отношение к раздражающему фактору.

При проведении анализа корреляционной связи между уровнем эмоциональной комфортности и уровнем подавления было выявлено, что данные показатели имеют значимую ($0,01<p\leq0,05$) положительную корреляционную связь.

Анализ связи между переменными эмоциональная комфортность и отрицание показал, что существует значимая ($0,01<p\leq0,05$) положительная взаимосвязь.

Корреляционный анализ связи эмоциональной комфортности и рационализации показал, что существует высоко значимая ($p\leq0,01$) положительная взаимосвязь.

Выводы. В результате обобщения полученных данных, можно сделать вывод, защитные механизмы личности детерминируют эффективность жизнедеятельности и способствуют успешной личностной адаптации.

Литература.
Григорьевская И.В. Факторы адаптации студентов в образовательной среде колледжа//Вестник ТГПУ - . 2013.- .№ 11 – С.124-127.
Зыкова Н.А., Гавриленко Н.А. Защитные механизмы личности в юношенском возрасте//Психология обучения. 2009. № 2. С. 44-58.
Рахманина И.Н. Личностный адаптационный потенциал: детерминанты, диагностика, развитие: Saarbrucken: LAP LAMBERT AcademicPublishing, 2011- 110 с.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МУЗЫКА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

И.Н. Рахманина, Н.Ю. Сязина
ГБУ АО Реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Коррекция и развитие», Астрахань, Россия
ФГБОУ ВПО Астраханский государственный университет, Астрахань, Россия

Введение. Современная специальная психология и медицина в поиске эффективных средств помощи все больше ориентируются на использование искусства в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.
Исследователи (Рапацкая Л.А., Бученкова М.Н., 2010; Попок А.Г., 2012; Рахманина И.Н., Трунова И.Ю., 2012; Назарова К.А., 2013) подчеркивают, что в настоящее время именно музыкотерапия является психокоррекционным направлением, имеющим в своей основе два аспекта воздействия: психосоматическое, в процессе которого осуществляется лечебное воздействие на функции организма, и психотерапевтическое, в процессе которого с помощью музыки осуществляется коррекция отклонений в личностном развитии, психоэмоциональном состоянии.
Функциональная музыка – это специально подобранная и написанная музыка для оказания целенаправленного влияния на психическое и эмоциональное состояние человека.
Для изучения влияния функциональной музыки на психоэмоциональное состояние подростков с ограниченными возможностями здоровья нами было проведено экспериментальное исследование. Исследование проводилось на базе ГБУ АО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Коррекция и развитие» города Астрахани. Выборку составили 100 подростков с сочетанными нарушениями в возрастном диапазоне от 11 до 14 лет, среди которых 87 девочек и 13 мальчиков. 50 подростков составили экспериментальную группу, 50 контрольную.
Цель исследования. Изучить влияние функциональной музыки на психоэмоциональное состояние подростков.
Материалы и методы. Исходя из цели и гипотезы нашего исследования, были подобранны следующие диагностические методики: методика «САН», для оценки самочувствия, активности и настроения; опросник «Антистресс» для оценки психоэмоционального состояния.
Для проведения аналитического этапа мы использовали математико-статистические методы анализа психологических данных, все расчеты выполнялись с помощью статпакета IBM SPSS Statistics 19.
Результаты и их обсуждение. Для оценки достоверности различий между контрольной и экспериментальной группами до воздействия музыки мы использовали критерий Стьюдента для независимых выборок и критерий Манна-Уитни (Таблица 1). Достоверные различия выявлены для шкал «самочувствие», «активность» (методика САН), «активность» (опросник Антистресс), «оптимизм».

Таблица 1. *Сравнительный анализ показателей психоэмоционального состояния подростков в контрольной и экспериментальной группах до воздействия музыкой.*

Переменные	Среднее значение		Значение критерия	Уровень значимости
	КГ	ЭГ		
Самочувствие_1	4,8800	5,4520	t = -3,076	0,003
Активность_1	4,5500	4,9680	t = -2,377	0,019
Настроение_1	5,5380	5,8920	U = 1028,000	0,126
Тревожность_1	-,5600	-0,9200	U = 1125,000	0,377
Агрессивность_1	-,5400	-0,8600	U = 1111,000	0,327
Утомляемость_1	-,4200	-0,7800	U = 998,500	0,071
Угнетенность_1	-1,2200	-1,3600	U = 1166,500	0,554
Активность_до	-0,2800	0,4200	U = 910,500	0,016
Оптимизим_1	1,0800	1,6800	U = 967,500	0,043
Сон_1	0,3200	0,8800	U = 1044,000	0,147
Аппетит_1	0,2600	0,7600	U = 1096,500	0,277
Работоспособность_по_скорости_1	0,1200	0,5800	U = 1031,500	0,117
Работоспособность_по_времени_1	-0,0600	0,2600	U = 1120,500	0,347

Примечания: t – критерий Стьюдента для независимых выборок, U – критерий Манна-Уитни

Для оценки достоверности сдвига в показателях психоэмоционального состояния подростков в экспериментальной группе мы использовали критерий Стьюдента для зависимых выборок и критерий Вилкоксона (Таблица 2). Достоверные различия выявлены для переменной «активность» (опросник Антистресс), наблюдается тенденция к достоверным различиям для шкал «тревожность», «агрессивность».

С помощью критерия Стьюдента для независимых выборок и критерия Манна-Уитни мы изучили достоверные различия в контрольной и экспериментальной группах после воздействия музыкой (Таблица 3).

Достоверные различия выявлены для шкал «самочувствие», «активность», «настроение», «агрессивность», «утомляемость». Наблюдается тенденция к достоверным различиям для шкалы «сон».

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, функциональная музыка оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние подростков в зависимости от ее характера: понижая уровень тревожности, агрессивности, угнетенности и утомляемости, улучшая настроение.

Таблица 2. *Оценка достоверности сдвига в экспериментальной группе*

Переменные	Значение критерия	Уровень значимости
Самочувствие	t = -0,210	0,835
Активность	t = 0,604	0,549
Настроение	W =-,111a	0,911
Тревожность	W =-1,832a	0,067
Агрессивность	W =-1,941a	0,052
Утомляемость	W =-,994a	0,320
Угнетенность	W =-,190b	0,849
Активность	W =-2,394a	0,017
Оптимизм	W =-1,411a	0,158
Сон	W =-,353b	0,724
Аппетит	W =-1,418a	0,156
Работоспособность_по_скорости	W =-,936a	0,349
Работоспособность_по_времени	W =-,908a	0,364

Примечания: t – критерий Стьюдента для зависимых выборок, W – критерий Вилкоксона

Таблица 3. *Сравнительный анализ показателей психоэмоционального состояния подростков в контрольной и экспериментальной группах после воздействия музыкой.*

Переменные	Среднее значение		Значение критерия	Уровень значимости
	КГ	ЭГ		
Самочувствие_2	4,8180	5,4800	t = -2,855	0,005
Активность_2	4,2140	4,8880	t = -2,984	0,004
Настроение_2	5,3600	5,7940	U = 925,000	0,025
Тревожность_2	-1,0600	-1,3600	U = 1128,000	0,380
Агрессивность_2	-0,5600	-1,3200	U = 934,500	0,025
Утомляемость_2	-0,4200	-1,0200	U = 893,000	0,011
Угнетенность_2	-1,2400	-1,2800	U = 1244,000	0,966
Активность_после	-,5000	-,0800	U = 1068,500	0,202
Оптимизм_2	,9400	1,3800	U = 1073,500	0,213
Сон_2	,3400	,9800	U = 995,000	0,072
Аппетит_2	,4800	,5400	U = 1229,000	0,882
Работоспособность_по_скорости_2	-,1400	,3600	U = 1029,000	0,113
Работоспособность_по_времени_2	-,0800	,1000	U = 1192,000	0,682

Примечания: t – критерий Стьюдента для независимых выборок, U – критерий Манна-Уитни

Литература.

Назарова К.А. Исследование влияния субъективной оценки прослушиваемой музыки на функциональное состояние человека// Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. – 2013, № 1. – С.36-38

Попок А.Г. Музыкотерапия для детей с ограниченными возможностями здоровья// Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, 2012. - №150, С.244-249

Рапацкая Л.А., Бученкова М.Н. Технологии музыкальной терапии как средство общего оздоровления детей с задержками психического // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова, Т. 16, № 4, 2010, С. 235-240

Рахманина И.Н., Трунова И.Ю. Влияние функциональной музыки на психоэмоциональное состояние детей с ограниченными возможностями здоровья// Инновационные технологии работы с людьми с ограниченными возможностями.-Астрахань: Издательский дом «Астраханский университет», 2013, с.-156-160.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРАНИАЛЬНОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Н.В. Рогожникова, А.Г. Чеченин

ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, Новокузнецк, Россия

Введение. Патогенез поражения церебральных структур при хронических сосудистых поражениях головного мозга, несмотря на многообразие причин, их вызывающих, всегда однотипен и заключается в последовательном нарастании комплекса патобиохимических расстройств, обусловленных снижением уровня кислорода артериальной крови с одной стороны, и воздействием интермедиаторов недоокисленного кислорода с другой стороны [3]. В результате хронических нарушений церебральной перфузии и системного кровотока, микроциркуляции, а также гипоксемии, у пациентов с хронической ишемией головного мозга происходит формирование микролакунарных зон ишемии. Вместе с тем, известно, что одной из основных причин нарушения гемодинамики являются участки гипертонуса артерий, образующиеся в результате микротравм, рефлекторного ангиоспазма, возникающих на фоне функциональных биомеханических нарушений (ФБМН) в области черепа и шейного отдела позвоночника [1, 2]. Под ФБМН мы подразумеваем обратимые изменения в нейромоторном аппарате организма, поддерживающие нарушение объема и/или паттерна движения элементов двигательного сегмента и/или региона [5] .

Общепринятые медикаментозные методы лечения хронической ишемии головного мозга недостаточно эффективны в связи с отсутствием адекватной коррекции всех звеньев патогенеза, в том числе ФБМН в области черепа. Важное место среди лечебных мероприятий должна занять целенаправленная их коррекция, что достигается использованием методов краниальной мануальной терапии [2]. В то же время в доступных литературных источниках имеется единичная информация о ФБМН в области черепа при дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ).

При ДЭ существует большое количество методов диагностики. Одни из них слишком дорогостоящие (МРТ, СКТ, ПЭТ), а другие недостаточно отражают метаболические процессы головного мозга (ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, РЭГ, ВП). В то же время продемонстрирована высокая диагностическая эффективность исследования уровня постоянных потенциалов (УПП) головного мозга. Метод разработан В. Ф. Фокиным и Н. В. Пономаревой с 1999 по 2003 годы и основывается на прижизненной оценке церебрального энергетического обмена, интегрально отображая мембранные потенциалы нейронов, глии и гематоэнцефалического барьера [4]. Сведений о влиянии краниальной мануальной терапии на ФБМН в области черепа и УПП при ДЭ в литературе нам не встретилось, что и послужило поводом для проведения настоящего исследования.

Цель исследования. Изучить динамику изменения уровня постоянных потенциалов головного мозга и клинических проявлений дисциркуляторной энцефалопатии I и II стадий под влиянием коррекции функциональных биомеханических нарушений в области швов черепа методами краниальной мануальной терапии.

Задачи исследования. Исследовать частоту встречаемости функциональных биомеханических нарушений в области швов черепа у больных с дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадий.

Описать характеристики уровня постоянных потенциалов головного мозга у обследованных больных с дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадий.

Оценить клиническую эффективность использования краниальной мануальной терапии, основанную на выявлении и коррекции функциональных биомеханических нарушений в области швов черепа, в комплексном лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадий.

Исследовать изменения среднего уровня постоянных потенциалов головного мозга под влиянием коррекции функциональных биомеханических нарушений в области швов черепа в комплексном лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадий.

Материалы и методы. Было обследовано 204 пациента с ДЭ I и II стадий в возрасте от 45 до 75 лет (140 женщин, 64 мужчины), получающих лечение по медико-экономическим стандартам в условиях неврологического отделения. Исследования проводились на клинических базах ГБОУ ДПО НГИУВ МЗ РФ в МБЛПУ ГКБ №1 и МБЛПУ ГКБ №5 г. Новокузнецка.

С помощью простой рандомизации с использованием генератора случайных чисел и метода конвертов пациенты были разделены на две равные сравнимые группы по 102 человека. Различие между группами заключалось лишь в том, что в контрольной группе проводилась только краниальная мануальная диагностика, а в основной краниальная мануальная диагностика завершалась коррекцией ФБМН в области черепа. Обследование проводилось трижды: до мануальной терапии/диагностики, сразу после и через неделю. Коррекция ФБМН осуществлялась с помощью предложенного нами комплекса техник краниальной мануальной терапии, выполняемого в определённой последовательности.

Для достижения поставленных задач использовались следующие методы исследования: клинический неврологический, мануальное тестирование, метод анализа постоянных потенциалов головного мозга и статистический.

Результаты исследования. Основная и контрольная группы по полу, возрасту и стадии заболевания достоверно не различались. В обеих группах женщин было больше (68,6%), чем мужчин (31,4%), подавляющая часть больных была в возрасте от 51 до 60 лет (38,2%) и имела ДЭ II стадии (51,9%). В обеих группах были выявлены следующие синдромы: цефалгический (60,7%), вестибуло-атактический (73,5%), пирамидный (24,0%), когнитивные нарушения (86,2%), астенический (62,2%), амиостатический (10,8%) и псевдобульбарный (6,4%) синдромы.

В таблице 1 представлена частота встречаемости ФБМН в области черепа пациентов основной и контрольной групп в зависимости от стадии ДЭ. Наиболее часто встречающимися ФБМН при ДЭ были: компрессия венечного, лямбдовидного, лобно-основного и затылочно-сосцевидного швов, атланто-окципитального сочленения (С0-1), компрессия, флексия и латеральное смещение сфенобазилярного сочленения (СБС). Достоверные различия получены между стадиями ДЭ по частоте встречаемости следующих ФБМН в области черепа: латерофлексии (на 18,6%), компрессии (на 15,4%), торсии (на 10,3%), флексии (на 9,2%) и всех краниальных швов, кроме сагиттального, лобно-скулового и затылочно-сосцевидного.

Средний УПП в обеих группах был выше нормативных показателей на 72,0% и составил в среднем 14,74±0,83 мВ. Наибольшие отличия от нормы были выявлены в следующих отведениях: Fpz (на 8,02±0,45), Fd (на 7,85±0,38), Cs (на 7,20±0,64) и Td (на 7,06±0,48). Были выявлены корреляционные связи между возрастом пациентов и средним УПП головного мозга (r=0,75, p=0,008), также обнаружена зависимость УПП головного мозга от стадии ДЭ, прямые связи средней силы достоверно выявлены в отведениях: Cd, Pz, Td и Fs.

В результате использования краниальной мануальной терапии частота встречаемости неврологических синдромов достоверно снизилась согласно критерию Кокрена. В основной группе, частота встречаемости вестибуло-атактического синдрома в среднем уменьшились на 37,4% (p=0,002), цефалгического синдрома – на 48,5% (p=0,001), астенического синдрома – на 20,9% (p=0,028), когнитивно-мнестических нарушений – на 16,3% (p=0,054), пирамидной недостаточности – на 10,7% (p=0,065),. В контрольной группе через неделю также наблюдался регресс неврологической симптоматики, но менее выраженный, частота встречаемости вестибуло-атактического синдрома уменьшилась на 24,3% (p=0,017), цефалгического синдрома – на 29,8% (p=0,008), астенического синдрома – на 13,3% (p=0,057), когнитивно-мнестических нарушений – на 11,2% (p=0,068), пирамидной недостаточности – на 8,2% (p=0,62).

Таблица 1. *Частота встречаемости ФБМН в области черепа пациентов основной и контрольной групп в зависимости от стадии ДЭ, %*

№	ФБМН в области черепа		ДЭ I стадии n=98	ДЭ II стадии n=106	p ($\chi 2$)
I	Компрессия швов черепа				
1.	Венечный		61,2	73,6	0,001
2.	Сагиттальный		46,9	48,1	0,313
3.	Лямбдовидный		58,1	70,7	0,003
4.	Лобно-основной		51,0	68,8	0,001
5.	Лобно-скуловой		25,5	26,4	0,567
6.	Теменно-основной		31,6	49,0	0,001
7.	Височно-теменной		44,9	66,0	0,001
8.	Затылочно-сосцевидный		56,1	60,3	0,075
II	Компрессия С0-1		74,5	75,4	0,108
III	ФБМН сфенобазилярного сочленения				
1.	Компрессия		57,2	72,6	0,002
2.	Флексия		53,0	62,2	0,007
3.	Экстензия		20,4	24,5	0,200
4.	Краниальное смещение		15,3	17,9	0,460
5.	Каудальное смещение		56,1	50,0	0,740
6.	Латеральное смещение		55,1	57,5	0,150
7.	Торсия		50,0	60,3	0,005
8.	Латерофлексия		40,8	59,4	0,001
IV	Ротация височных костей				
1.	Внутренняя	Справа	41,8	41,5	0,554
		Слева	20,4	20,7	0,809
2.	Наружная	Справа	19,4	17,9	1,000
		Слева	36,7	38,6	0,320

В результате проведения мануальной терапии, средний УПП головного мозга в основной группе стал достоверно ниже, чем в контрольной, в результате проведения мануальной диагностики согласно критерию Стьюдента. Средний УПП головного мозга в основной группе до проведения краниальной мануальной терапии составил 14,82 мВ, сразу после мануальной терапии – 13,64 мВ, через неделю – 11,85 мВ, а через месяц – 12,23 мВ. Средний УПП в контрольной группе до проведения мануальной диагностики составил 14,66 мВ, сразу после мануальной диагностики – 14,06 мВ, через неделю – 13,17 мВ, а через месяц – 13,64 мВ. УПП в основной группе после краниальной мануальной терапии снизился на 8,1% (p=0,052), через неделю на 20,0% (p=0,005), а через месяц – на 16,4% (p=0,008), в контрольной группе – сразу после проведения мануальной диагностики на 4,7% (p=0,064), через неделю – на 11,2% (p=0,009), а через месяц на 7,0% (p=0,058) соответственно.

Сразу после диагностики/коррекции ФБМН в области черепа разница между группами составила 0,42±0,22 мВ (p=0,64), через неделю – 1,32±0,48 мВ (p=0,018), а через месяц – 1,41±0,53 мВ (p=0,009), соответственно достоверные различия между группами получены через неделю и через месяц. При сравнении темпов изменения УПП в основной и контрольной группах до и после проведения мануальной терапии/диагностики использовался дисперсионный анализ, соответственно которому изменения в основной группе были более значимы, чем в контрольной. В основной группе – F =19,16, p=0,005, а в контрольной – F=11,66, p=0,01. В результате исследования было установлено, что коррекция ФБМН в области швов черепа при ДЭ приводит к значительным изменениям в клинической картине и менее значительному изменению УПП головного мозга.

Выводы. У всех обследованных пациентов с ДЭ наблюдались ФБМН в области черепа. Наиболее частыми из них являлись: компрессия венечного (67,6%), лямбдовидного (64,7%), лобно-основного (60,3%) и затылочно-сосцевидного швов (58,3%), атланто-окципитального сочленения (75,0%), компрессия (65,2%), флексия (57,8%) и латеральное смещение (56,4%) СБС.

Во всех возрастных группах у обследованных больных с ДЭ средний УПП головного мозга был достоверно выше возрастных значений: в возрастной группе 45-50 лет – на 36,5%; в 51-60 – на 41,8%; в 61-70 – на 45,8%; в 71-75 – на 49,1%.

Частота встречаемости неврологических синдромов в результате применения краниальной мануальной терапии в комплексном лечении пациентов с ДЭ в среднем уменьшилась на 26,7 %, а при использовании только стандартного лечения – на 17,4%. Наибольший регресс наблюдался у цефалгического синдрома – 48,5% и 29,8% соответственно, наименьший у пирамидной недостаточности – 10,7% и 8,2%.

Средний УПП головного мозга под влиянием коррекции ФБМН в области швов черепа с помощью методов краниальной мануальной терапии на фоне стандартного лечения пациентов с ДЭ достоверно уменьшился в среднем на 14,8%, наибольшей регресс был в возрастной группе 41-50 лет, и составил 17,5%. В то время как в контрольной группе средний УПП головного мозга снизился на 7,2%, что свидетельствует о достоверно высокой эффективности сочетания коррекции ФБМН в области черепа со стандартным лечением.

Литература.

Камчатнов, П.Р. Хронические расстройства мозгового кровообращения. М., 2008. – 39 с.

Москаленко, Ю.Е. О возможности коррекции нарушений внутричерепной гемо- и ликвородинамики с помощью методов краниальной остеопатии / Ю.Е. Москаленко, Т.И. Кравченко, Г.Б. Вайнштейн // Регионарное кровообращение и микроциркуляция, 2003. – Т. 2, № 1. – С. 51-58.

Неврология. Национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1064 с.

Фокин, В.Ф. Энергетическая физиология мозга / В.Ф. Фокин, Н.В. Пономарева. – М.: Антидор, 2003. – 288 с.

Чеченин, А.Г. Нейрогенные функциональные биомеханические нарушения двигательной системы при остеохондрозе позвоночника: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – М., 2000. – 48 с.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

К.С. Рожнова

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Россия

Социально-экономические преобразования, произошедшие в последние 20 лет в России, в том числе в системе здравоохранения и отсутствие личной ответственности за состояние здоровья обусловливают его системное ухудшение, увеличение заболеваемости населения России, особенно подросткового возраста. Современная система здравоохранения ориентирована преимущественно на улучшение качества медицинской помощи и уделяет недостаточно внимания профилактическим мероприятиям, направленным на формирование здорового образа жизни и личной ответственности каждого человека за свое здоровье.

Результаты изучения общей и первичной заболеваемости за последние 20 лет свидетельствуют о её значительном увеличении. Наиболее выраженные негативные изменения наблюдаются в состоянии здоровья детей подросткового возраста (общая заболеваемость подростков за 2011 г. составила 230,6% от показателей 1992 г., в том числе 147,1% от 2000 г.; детей 0-14 лет – 183,4% и 127,8% соответственно; взрослого населения – 147,4% и 120,9%).

Учитывая высокую заболеваемость подростков, динамику данных показателей за последние годы, а также низкую продолжительность жизни мужского населения трудоспособного возраста, которые являются социально значимыми проблемами, особую актуальность представляет изучение состояния здоровья подростков мужского пола и юношей.

Актуальность исследования состояния здоровья подростков обусловлена несколькими причинами: во-первых, особой значимостью подросткового периода для всей последующей жизни человека; во-вторых, значительным ухудшением в последние десятилетия показателей заболеваемости подростков и юношей; в-третьих, тем, что именно подростки являются интеллектуальным, трудовым и популяционным потенциалом страны.

Поскольку состояние здоровья, согласно рекомендациям ВОЗ, определяется комплексным воздействием факторов медико-социального характера и связано с психологическим и социальным благополучием, качеством жизни, удовлетворённостью жизнью, доходом, трудоустроенностью и условиями труда, уровнем образования и другими факторами, влияющими на здоровье, важным компонентом здоровья наряду с медицинской является его психосоциальная составляющая. Кроме того, при исследовании показателей здоровья специалисты ВОЗ рекомендуют

использовать гендерные критерии вместо биологических, так как именно они наилучшим образом отражают существующие различия в состоянии здоровья мужчин и женщин. Учитывая данные рекомендации, а также гендерные различия в уровне физической подростков, которые согласуются с их самооценкой (согласно результатам социологических исследований, у девушек наблюдается частичный перевес отсутствия вредных привычек по сравнению с двигательной активностью), для изучения были выбраны подростки мужского пола.

Материал и методы. Обследовано 120 подростков мужского пола, которые были разделены на три равные группы. Возраст обследованных подростков составил 16-21 год (средний возраст 17,6 лет), что входит в диапазон подросткового возраста, принятый для большинства современных классификаций.

Проведено комплексное медико-социальное обследование подростков. Изучение самооценки состояния здоровья и образа жизни проводилось на основании анонимного анкетирования и опроса. Объективные данные о заболеваемости были получены на основании выкопировки из медицинских карт амбулаторного больного (ф025/у), выписок из медицинских карт амбулаторного больного (ф027/у) и медицинских справок (врачебных профессионально-консультативных заключений, ф086/у), а также по результатам изучения нейроэнергообмена на аппаратно-программном комплексе "Нейроэнергокартограф" по методу, разработанному в лаборатории возрастной физиологии мозга НИИ мозга РАМН д.б.н. В.Ф. Фокиным и д.м.н. Н.В. Пономаревой мозга (Патент РФ № 2135077, 1999) в покое и при выполнении функциональных проб. Психологическое тестирование проводилось анонимно с использованием многофакторного исследования личности по методике Р. Кеттелла; стратегии поведения изучались на основании копинг-теста Лазаруса; показатели агрессивности оценивались по опроснику Басса-Перри; структура ценностей была изучена с использованием опросника Ш. Шварца.

Обследованные в зависимости от уровня их физической активности были разделены на три группы: первую группу составили студенты гуманитарных вузов с низким уровнем физической активности, не имевшие регулярных занятий вне уроков физкультуры; во вторую группу вошли студенты с умеренным уровнем физической активности, которые регулярно посещали занятия физической культурой в вузе и дополнительно занимались в спортивных секциях или индивидуально упражнениями умеренной интенсивности не менее 2,5 часов или интенсивными упражнениями не менее 1 часа в неделю; третья группа включала подростков с высоким уровнем физической активности, профессионально занимавшихся мини-футболом.

Результаты исследования. Результаты изучения самооценки здоровья подростками свидетельствуют о том, что представители первых двух групп имеют более реалистичное представление о состоянии своего здоровья, чем профессиональные спортсмены, наиболее близкое к объективным данным. При этом респонденты с низким уровнем физической активности хуже оценивают своё здоровье и считают себя страдающими большим, по сравнению со сверстниками, количеством хронических заболеваний, а спортсмены часто переоценивают своё здоровье и в 2,5 раза чаще сверстников недооценивают наличие хронических заболеваний и функциональных отклонений, диагностируемых по результатам медицинских осмотров (количество заболеваний и отклонений на 1 подростка по результатам самооценки составило 0,5; 0,5; 0,2; по результатам объективного осмотра – 2,1; 2,0; 1,6).

При изучении состояния здоровья подростков по данным медицинских осмотров было выявлено, что в первой и второй группах здоровых лиц достоверно меньше, чем в группе профессиональных спортсменов (25%; 22,5%; 35%). На первом по распространённости месте (41,7%) находится патология и функциональные отклонения опорно-двигательного аппарата, уменьшение степени, тяжести которой наблюдается от первой к третьей группе. Второе место по частоте (40,8%) занимают заболевания ЛОР-органов. Далее следуют болезни органов зрения (28,3%) и патология сердечно-сосудистой системы (22,5% обследованных).

У подростков с низким уровнем физической активности наиболее часто по сравнению со сверстниками выявляется патология сердечно-сосудистой системы (32,5%; 15%; 12,5% соответственно), в структуре которой преобладает вегето-сосудистая дистония (30%; 12,5%; 0%) и аномалии развития сердца (15%; 2,5%; 12,5%). Заболевания органов зрения, среди которых доминирует миопия (20%; 32,5%; 15%), наиболее распространены среди обследованных с умеренным уровнем активности. Профессиональные спортсмены характеризуются высокой распространённостью патологии ЛОР-органов (25%; 37,5%; 45%), половину из которых составляет искривление носовой перегородки; нарушения кровоснабжения миокарда левого желудочка (по результатам ЭКГ 2,5%; 0% и 7,5%), связанного с перетренированностью части спортсменов; патологии коленных суставов, угревой болезни и кариеса, что отчасти обусловлено различным объёмом медицинского обследования подростков и более серьёзным отношением спортсменов к своему здоровью.

При изучении заболеваемости подростков по результатам опроса было выявлено, что достоверно большее количество респондентов, не болевших в течение года, относится к лицам с умеренным уровнем физической активности (17,5%; 25%; 17,5%). Частота травм в анамнезе была выше в группах с более высоким уровнем физической активности (20%; 40%; 67,5%, в т.ч. ЧМТ лёгкой степени 7,5%; 20%; 27,5%).

По результатам изучения нейроэнергообмена подростков с различным уровнем физической активности посредством нейроэргометрии было выявлено, что в покое показатели межполушарной асимметрии и уровень постоянного потенциала (УПП) мозга наиболее приближены к норме у подростков первой группы, однако, при нагрузке они оказываются менее адаптированными к стрессу, чем подростки с умеренной физической активностью, на что указывает динамика уровня постоянного потенциала и функциональной межполушарной асимметрии. В группе профессиональных спортсменов в покое наблюдается недостаточность корково-подкорковой активации, которая проявляется в достоверно более низких показателях локального УПП в центральном отведении (Cz'); близкие к возрастной норме значения в данном отведении регистрируются в первой группе подростков и уменьшаются от первой к третьей исследованной группе. Кроме того, у профессиональных спортсменов выявлены признаки усиления

кровотока в вертебро-базиллярной системе, указывающие на активизацию подкорковых структур и преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы.
В результате психологического тестирования выявлен ряд особенностей, характерных как для отдельных исследованных групп, так и для всего контингента обследованных подростков. В группах респондентов наблюдается различная степень дисперсии изученных характеристик, свидетельствующая об их неоднородности по отдельным психологическим характеристикам. В группе подростков с низким уровнем физической активности наблюдается наиболее высокая дисперсия изученных показателей. Профессиональные спортсмены отличаются более высоким сходством личностных характеристик при значительном различии в показателях агрессивности.
Изучение образа жизни подростков позволило выявить следующие результаты: 1) группа подростков с умеренным уровнем физической активности отличается более выраженной ориентированностью на здоровый образ жизни (ЗОЖ): более регулярным питанием и проведением регулярных оздоравливающих мероприятий (утренняя гимнастика, закаливание); 2) профессиональные спортсмены отличаются снижением мотивации к ведению ЗОЖ и тенденцией к приему тяжелых психоактивных веществ (ПАВ), таких как алкоголь и наркотики, что сочетается с низкой мотивацией к ЗОЖ у их родителей; 3) подростки с низким уровнем физической активности характеризуются потенциальным желанием заниматься оздоравливающими мероприятиями (до 57,5%), которое сочетается с наименее рациональным питанием и тенденцией к алкоголизации значительной части представителей данной группы.
Таким образом, выраженное стремление подростков к активному образу жизни, также как и малоподвижный образ жизни, часто ассоциируется с повышенным риском потребления ПАВ, однако, занятия профессиональным спортом и ориентированность личности на здоровый образ жизни являются важными ограничивающими факторами, которые снижают риск потребления подростками ПАВ.
Мотивации подростков исследованных групп к занятиям физкультурой и спортом различаются и свидетельствуют о том, что для большинства подростков с низким уровнем физической активности основной мотивацией является укрепление здоровья (52,5%), в то время как для профессиональных спортсменов это – получения удовольствия от выбранного вида спорта (90%); для респондентов с умеренным уровнем активности наиболее важными причинами являются улучшения состояния здоровья (62,5%) и поддержания физической формы (50%).
Заключение. Результаты изучения самооценки здоровья подростками свидетельствуют о том, что представители первых двух групп имеют более реалистичное представление о состоянии своего здоровья, чем профессиональные спортсмены, которым свойственно переоценивать своё здоровье. При этом респонденты с низким уровнем физической активности отличаются от однокурсников тем, что они хуже оценивают своё здоровье и считают себя страдающими большим количеством хронических заболеваний. Несмотря на недооценку большинством подростков своих заболеваний, полученные ответы отражают характер распределения выявленной патологии, а также объективно более высокую долю здоровых лиц среди профессиональных спортсменов.
Результаты объективного изучения состояния здоровья подростков с различным уровнем физической активности свидетельствуют о более оптимальном состоянии здоровья у лиц с умеренным уровнем физической активности, регулярно занимающихся физической культурой продолжительностью не менее 2,5 часов в неделю при умеренной интенсивности нагрузки и не менее 1 часа при интенсивных занятиях, в то время как у профессиональных спортсменов выявляются негативные последствия интенсивной физической нагрузки.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ВНУТРИВУЗОВСКИХ И РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ «ЗДОРОВЬЕ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА»

В.В. Розанов, А.Е. Северин, А.П. Черняев, В.Т. Карташов, Р.В. Горячева
МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия
РУДН, Москва, Россия
ГБУЗ Городская поликлиника № 202 ДЗМ, Москва, Россия
ГБОУ СОШ №1008, Москва, Россия

Студенчество – это интеллектуальный генофонд нации. В то же время это именно та социальная общность, которая, будучи территориально и организационно локализована в вузах, расположенных, как правило, в крупных городах с развитой медицинской службой, позволяет проведение комплекса целевых мероприятий по корректировке здоровья. В вузы приходят выпускники школ, в большинстве своем уже имеющие те или иные отклонения в состоянии организма. Так по данным ряда авторов только порядка 10% выпускников школ могут считаться абсолютно здоровыми, 40% из них имеют хронические заболевания, остальные 50% - различные функциональные отклонения, а в дальнейшем высокие нагрузки, связанные с обучением в ВУЗе, могут еще более усугублять эту ситуацию[1,2].
В 70-х – 80-х годах прошлого века существовали соответствующие государственные целевые научно-практические Программы по «Здоровью и повышению работоспособности студентов», в организацию и успешную работу которых многие, здесь присутствующие, внесли свой значительный вклад. Программы эти предусматривали целый комплекс мер: диспансеризацию студентов, медико-профилактические мероприятия, проводимые на базе вузовских профилакториев, научные исследования, ориентированные на повышение уровня здоровья студентов, разработку рекомендаций и документов нормативно-методического характера.
Сегодня, в условиях отсутствия федеральной программы «Здоровье студентов» вся тяжесть реальной работы вынужденно переместилась на уровень ВУЗа.

В ряде вузов страны в том или ином виде существуют внутри вузовские программы, посвященные охране здоровья студентов. Некоторый вузовский опыт локальных внутри вузовских программ существует в частности в РУДН, МГУ, Владимирском ГУ, Тульском ГПУ, Якутском ГУ, Волгоградской медакадемии, ММА, РГМУ, МГТУ. В Казани в последние годы этой проблеме уделялось повышенное внимание – в особенности в связи с проведением всемирной универсиады. В ряде университетов имеются специальные советы или комиссии по здоровью студентов, существуют профилактории, дневные стационары, летние оздоровительные лагеря, кабинеты психологической разгрузки и т.п.
Однако и в большинстве из них нет скоординированной программы, отсутствует четко сформулированная стратегия развития, основанная на применении здоровьесберегающих технологий, широком внедрении профилактических, а при необходимости и медицинских мероприятий в ткань учебного процесса.
Такая программа должна включать несколько ключевых направлений отражающих:
- медицинские и гигиенические аспекты;
- социально-правовые аспекты;
- психологические аспекты;
- учебно-организационные мероприятия;
- научно-методические исследования и разработки;
- бытовые аспекты
- вопросы профилактики возможных функциональных нарушений средствами физической культуры и спорта.
Не претендуя на полноту, проиллюстрируем этот перечень примерами, поясняющими содержание каждого направления:
Раздел «Медицинские и гигиенические аспекты» должен включать в себя
- Обеспечение доступной бесплатной медицинской помощи, включая наличие собственной или привлекаемой поликлинической базы, Профилактория, проведение ежегодных диспансеризаций вакцинаций, применение общеукрепляющих медикаментозных и немедикаментозных средств, и другие профилактические мероприятия;
- организацию рабочего и учебного времени,
- организацию питания,
- обеспечение выполнения гигиенических нормативов (напомню, что согласно действующему законодательству РФ «Программы методики и режимы воспитания и обучения, технические, аудиовизуальные и иные средства обучения, учебная мебель, а также учебники и иная издательская продукция допускаются к использованию в образовательной деятельности только при наличии санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии их санитарным нормам».
Именно поэтому под социально-правовыми вопросами мы в первую очередь понимаем не только наличие медицинского и социального страхования, но и нормативно-правовое обеспечение, а также гарантии – налоговых, ценовых и других льгот для профильных видов деятельности, создание правовой базы и организационных форм для совместной работы законодательной и исполнительной власти, профсоюзов, религиозных и общественных организаций и представителей бизнеса.
Психологические аспекты подразумевают обеспечение нормального психологического климата в учебных коллективах, поддержка престижности получаемых профессий и самого процесса обучения, получения знаний – для обеспечения условий максимальной самореализации личности. Создание кабинетов психологической разгрузки, телефонов доверия, анонимных консультационных пунктов и др.
Учебно-организационные мероприятия; - это очень широкая область, включающая в себя организацию учебного процесса в стенах вуза и выездных учебно-производственных практик.
Научно-методические исследования и разработки составляли значительную часть ранее существовавших отраслевых программ. Исследования такого плана локально продолжаются в сохранившихся научных коллективах, но теперь уже разрозненно. Задача – объединить и поддержать эти исследования в рамках региональных, отраслевых и всероссийских целевых Программ.
Бытовые аспекты – это в первую очередь организация проживания и отдыха в соответствии не только с современными санитарно-гигиеническими нормами, но и эстетическими, культурными и другими требованиями, вносящими свой далеко не последний по значению вклад в формирование личности будущего специалиста.
Возможность эффективного решения вопросов профилактики возможных функциональных нарушений средствами физической культуры и спорта подразумевает
- обязательное включение физкультуры в учебный план с обеспечением доступности занятий в группах здоровья, спортивных секциях,
- наличие собственной или арендуемой спортивной базы;
- наличие собственных или арендуемых баз отдыха;
- проведение Вузовских спартакиад;
- наличие залов и групп лечебной физкультуры, фитнес-клубов и других форм здоровье сберегающих и здоровье формирующих технологий.
Структурная организация такой внутри вузовской программы предусматривает не просто участие в ней самых различных подразделений ВУЗа – ректората, профсоюзной организации, поликлиники, профилактория, кафедры физвоспитания, службы охраны труда, спортивных баз и баз отдыха, общежития и др., но и обязательную их общую координацию через работу соответствующего Совета или комиссии при Ректоре ВУЗа. Средства на эту работу могут привлекаться самые различные – от специализированного двухмесячного стипендиального фонда до спонсорских средств.

Отдельные программы вузов целесообразно координировать в рамках региональных программ, позволяющих привлечь дополнительных средства из бюджетов регионов. В региональных программах необходима координационная связь между мероприятиями, осуществляемыми на школьном и вузовском этапах [3].
На федеральном уровне необходимо возродить Российскую программу «Здоровье участников образовательного процесса», которая призвана координировать и финансировать организационные, законодательные, научные, медицинские, социальные и другие инициативы и мероприятия, осуществляемые на региональном уровне, для оптимизации образовательного процесса.
В 2009 году на базе МГУ им. М.В.Ломоносова в соответствии с Соглашением о взаимодействии Федерального агентства по образованию и Студенческого координационного совета Профсоюза работников народного образования и науки РФ проводилась Всероссийской конференции по проблемам здоровья, медицинского обслуживания, пропаганды здорового образа жизни и профилактики асоциальных проявлений в студенческой среде.
В конференции приняли участие представители самых разных учреждений и организаций – Администрации Президента РФ, Государственной Думы РФ, министерства образования РФ, других министерств и ведомств, Профсоюзов, московского правительства и его профильных департаментов, ректоры российских вузов, профессора и преподаватели, ученые, главные врачи санаториев-профилакториев и студенческих поликлиник. В решениях Конференции нашли отражение многочисленные рекомендации о необходимости возрождения Федеральной комплексной Программы «Здоровье студентов». Особое внимание было уделено проблемам студенческих поликлиник и вузовских Санаториев-профилакториев. В связи с тем, что необходимы конкретные законодательные решения многих поставленных вопросов, соответствующие пункты резолюции были адресованы Государственной Думе РФ, профильным министерствам и ведомствам. Однако, за 5 лет, прошедшие с момента проведения Конференции, никаких серьезных подвижек в решении этих вопросов не произошло. Острота отмеченных проблем за эти годы ни в коей мере не уменьшилась, и для их решения необходимы новые усилия и инициативы.

Литература.
1. Гуденко Т.Л., Кирпанева О.Л., Розанов В.В., Северин А.Е., Семенов Ю.Н., Торшин В.И. Применение аппаратно-программного комплекса «ВАРИКАРД» при функционально-диагностических обследованиях учащихся. - IX Международная научно-техническая конф. «Физика и радиоэлектроника в медицине и экологии» ФРЭМЭ’2010, Владимир-Суздаль, июль 2010, Труды конф.
2. Агаджанян Н.А., Северин А.Е., Ермакова Н.В., Радыш И.В., Розанов В.В., Ходорович А.М., Юсупов Р.А., Миннибаев Т.Ш., Кузнецова ЛЮ., Силаев А.А. Интенсификация обучения и здоровье студентов. – Технологии живых систем, 2006, т. 3, № 5-6, с. 31-40
3. Гуденко Т.Л., Кирпанева О.Л., Романова Е.Б., Северин А.Е., Розанов В.В. На пути к построению индивидуального оздоровительного маршрута школьника. - Межрегиональная научно-практическая конференция «Здоровье сберегающая деятельность в непрерывном образовании: детский сад – школа – ВУЗ», ГОУ ВПО МГПИ, Москва, 2010, Сборник материалов

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО ПРЕПАРАТ ЭЛЬКАР, НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (ССС) У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДЦП) В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Т.А. Романова, Н.Ю. Бобровская, О.А. Дементьева
ФГАОУ ВПО Белгородский государственный национальный университет, Белгород, Россия
ОГБУ Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями, Белгород, Россия

Цель. Изучить эффективность комплексного терапевтического воздействия, включающего препарат Элькар, на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей с ДЦП.
Задачи: провести анализ влияния реабилитационных мероприятий, включающих препарат Элькар, на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей с ДЦП по данным электрокардиографии (ЭКГ).
Материалы и методы. Обследовано 134 ребенка с ДЦП в возрасте от 2 до 15 лет, находившихся на реабилитации в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями». Дети были распределены на две группы, сопоставимые по полу и возрасту. Первую группу составили 70 детей (48 мальчиков и 22 девочки), в комплекс реабилитационных мероприятий которых входил препарат Элькар с первого дня в стандартной дозировке. Вторая, контрольная группа, включала 64 ребенка (44 мальчиков и 20 девочек), не получавших препарат Элькар. Функциональное состояние ССС, функции возбудимости, сократимости, автоматизма, проводимости сердца оценивалось методом ЭКГ на двенадцати канальном кардиоанализаторе дважды: в начале и в конце реабилитационного периода, составляющего 21 день. Был проведен клинический осмотр, а также анализ электрокардиограмм (ЭКГ) по протоколу «ЭКГ-скрининг детей и подростков РФ» и сравнительный анализ между фактическими значениями электрической систолы желудочков и систолического показателя и их нормальными значениями. В исследовании использовалась формула Базетта для вычисления нормального значения электрической систолы желудочков и таблица Фогельсона-Черногорова для определения фактического и должного систолического показателя.

Результаты. По результатам ЭКГ в начале реабилитации выявлены следующие данные: синусовая тахикардия у 32 детей (24%), синусовая брадикардия у 18 детей (14%), нормальный синусовый ритм у 84 детей (63%); электрическая ось сердца в нормальной конфигурации отмечена у 84 детей (63%), в вертикальной у 36 детей (27%), в горизонтальная у 14 (10%) детей. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса регистрировалась на ЭКГ у 57 детей (43% из всех исследуемых). Остальные показатели ЭКГ, составляющие протокол «ЭКГ-скрининг детей и подростков РФ», были в пределах нормальных значений для данной возрастной группы здоровых детей. По окончании курса реабилитации показатели, характеризующие функциональное состояние сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ (систолический показатель и электрическая систола) улучшились у 53 детей, что составило 75,5% с оптимальными значениями данных показателей, во второй группе – улучшение значений систолического показателя и электрической систолы отметилось у 13 детей, что составило 20,3%.

Выводы. Таким образом, для улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей с ДЦП целесообразно в комплексную терапию включать энерготропный препарат Элькар.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАТРУДНЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ С ПТСР И РЕАКТИВНЫМИ ПСИХОЗАМИ

Э.Э. Романенко
International Association for Group Psychotherapy and Group Processes, USA

Групповая работа с ПТСР и реактивными психозами, как реабилитационное мероприятие, является одним из ключевых в стабилизации как личностных, так и общественных процессов.

Специфика этой работы, прежде всего, заключается в ее многоэтапности и возможной нестабильности. Особой спонтанностью отличается первичный этап, проводимый сразу же по получении травмы. Терапевт должен быть готов как к несоблюдению места и времени, так и к внезапным сменам состава группы, дестабилизирующим групповые процессы.

Среди основных трудностей, встречающихся в групповой терапии ПТСР и реактивных психозов, особое внимание обращают на себя:

а) сложность различения ПТСР и реактивного психоза (особенно психогенной депрессии) непосредственно в очаге психогении;

б) повышенная возможность контрпереноса со стороны терапевта, находящегося в аналогичных условиях либо переживавшего их ранее.

Как ни странно, психокоррекция на первичном этапе не требует глубокой диагностики. У пациентов в равной мере могут наблюдаться такие симптомы психопатоподобных состояний, как нарушения сна, пищевого режима; смены аффективных реакций и избегающего поведения, что затрудняет возможность здоровой критики происходящего; снижение памяти и внимания, других когнитивных функций. Таким образом, мероприятия по проведению психокоррекции сводятся, в первую очередь, к когнитивно-поведенческим.

Лечение и реабилитация, особенно на отдаленных этапах, затруднены тем, что клиническая картина заболевания: нежелание связывать болезненные переживания с травмирующей ситуацией в случае ПТСР и вероятные предпосылки манифеста реактивных психозов, общий характер коморбидности ПТСР и реактивных психозов – предполагают крайне редкие самостоятельные обращения к специалисту. Именно поэтому групповая работа выходит на передний план психокоррекции личности.

В проведении психокоррекционных групп терапевту следует обратить внимание на профилактику выгорания, а также повышенный риск контрпереноса.

Из характерных черт участников групп коррекции личности при ПТСР и реактивных психозах, особенно ярко провоцирующих контрперенос у терапевта, можно выделить: ангедонию, алекситимию или приглушенность аффектов, называемую «смертью при жизни», а также первичные ожидания от терапевта нивелирования самой травмы вкупе со стандартной идеализацией лидера. Особое место занимает специфический стыд свидетеля и жертвы страшных событий, затрудняющий развитие групповых процессов и, в свою очередь, аутизирующий терапевта, особенно если контрпереносное состояние возникает еще на этапе идеализации.

С целью самодиагностики контрпереноса и выгорания терапевт может задать себе несколько вопросов:

Похоже ли описываемое событие на какие-то воспоминания из моей собственной жизни?

Насколько остры/проработаны воспоминания? Какие чувства они у меня вызывают?

Какое место занимает стыд в процессе анализа групповой работы?

Как распределяется мое свободное и рабочее время?

Какую ответственность я несу за участников группы?

В процессе восстановления ресурсного баланса терапевт может разделить свои переживания с консультантом, личным терапевтом или супервизором, имеющими опыт работы с травмой, а также в группе коллег, посвященной аналогичным переживаниям.

УПРАВЛЕНИЕ КОРПОРАТИВНЫМ ЗДОРОВЬЕМ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

И.А. Рыбаков, М.А. Фесенко
ФГБУ НИИ медицины труда РАМН, Москва, Россия

На основе существующей системы компенсации, действующей в мире, по данным МОТ, около 4% мирового ВВП теряется из-за временной нетрудоспособности в год (4% ВВП на 2013год по данным Всемирного Банка– 3,487 трлн. долларов). По данным Министерства труда и социальной защиты РФ прямые экономические потери компаний из-за болезней сотрудников составляют $23 – 24 млрд., а скрытые убытки порядка $70 – 75 млрд. по статистике за 2013г. Основными заболеваниями работающего населения, являются: сердечно-сосудистые заболевания, онкология, инфекционные заболевания, заболевания органов дыхания, расстройства психики, болезни мочеполовой системы, заболевания органов пищеварения (93% от общего количества заболеваний по данным МОТ за 2008 г.). Основными факторами риска заболеваний являются: курения, нерациональное питание, гипокинезия, стресс, шумы и вибрация, пыль, требования эргономики, др.

Целью нашего исследования являлся выявление наиболее перспективных методов корпоративных профилактических программ при анализе опыта ведущих российских и западных компаний.

Для решения данной задачи в корпоративном формате в странах Европы и Америки используются специализированные программы для популяризации здорового образа жизни, уменьшения потерь от временной нетрудоспособности, в том числе: программы поддержки персонала (антистресс), эргономические программы, мотивация к посещению спортивных мероприятий и залов, внедрение принципов рационального питания. Нами было проведено исследование и анализ использования мероприятий в российских компаниях, путем опроса, с целью уменьшения временной нетрудоспособности, а также повышения эффективности труда.

Были опрошены сотрудники служб персонала 7 крупнейших российских компаний и проанализированы системы управления корпоративным здоровьем.

В результате исследования были выявлены мероприятия, направленные на снижение временной нетрудоспособности в компаниях:

А. Система ДМС Б. Врач офиса В. Наличие дополнительной аптечки Г. Организация питания сотрудников Д. Оплачиваемый фитнес Е. Нет ничего

При анализе участников премии Best Employers for Healthy Lifestyles 2009 Awards Program USA, были выделены следующие группы корпоративных превентивных программ:

А. Сервис для здоровья детей (для родителей, работающих в компании) Б. Иммунизация В. Профилактические стоматологические программы Г. Профилактический сервис для психологического здоровья Д. Профилактический офтальмологический сервис Е. Профилактический аудиологический сервис Ж. Программа «Здоровые роды» Е. Программа предродового и послеродового ухода И. Общие профилактические программы (врач офиса, обучение, питание и др.)

На основе опроса, был сделан вывод, что на данный момент не все крупные российские компании используют эффективно инструменты управления корпоративным здоровьем, не всегда оценивается экономический результат внедрения данных программ. Необходимо разработать и внедрить целостную систему, направленную на повышение эффективности работы персонала, а также снижения заболеваемости работающих.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗОНАХ РАДИАЦИОННОГО РИСКА

Ж.А. Рыспаева
Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Актуальность. Начало третьего тысячелетия ознаменовалось объявленной ВОЗ декадой заболеваний костно-мышечной системы (Bone and Joint Decade, 2000-2010). По своему распространению, проявлениям и следствиям остеопороз приобрел эпидемические масштабы и заслужил название «тихой эпидемии» (Беневоленская Л.И., 1995).

Остеопороз относится к числу социально значимых заболеваний, в значительной степени определяет инвалидизацию и в меньшей – смертность лиц старшего возраста, в особенности – женского пола. Доказано, что его развитие ассоциировано с нарушениями репродуктивной функции – как связанными с менопаузой, так и возникающими на более ранних стадиях жизненного цикла у женщин.

Снижение уровня эстрогенов вызывает депрессию остеокластов и активацию остеобластов, что приводит к нарушениям процессов ремоделирования костной ткани. Частота гинекологических заболеваний неуклонно растет и составляет, по данным различных авторов, от 25% до 35% в Казахстане, от 9 % и более в городе Семей.

Цель. Оценить состояние минеральной плотности костной ткани и репродуктивного здоровья среди потомков лиц, подвергшихся радиационному облучению.

Задачи.

- изучить состояние репродуктивного здоровья потомков лиц, подвергшихся радиационному облучению,
- определить частоту развития остеопении и остеопороза в различных возрастных категориях женщин репродуктивного возраста среди населения Восточно-Казахстанской области,

– определить показатели возрастной динамики минеральной плотности костной ткани у женщин в зависимости от состояния репродуктивного здоровья в условиях Восточно-Казахстанской области и т.д.

Методы исследования. Планируется осуществить популяционный анализ состояния минеральной плотности костной ткани среди лиц женского пола, и выявить связь (ассоциативный) с выявленной гинекологической патологией с учетом частоты и структуры. Предполагается определение увеличения частоты остеопении и остеопороза у женщин, являющихся потомками облученных лиц, над необлученными. В рамках исследования будет проводится исследование содержания гормонов репродуктивной системы (ФСГ, ЛГ, пролактин, прогестерон, эстрадиол, ДЭА-С), гормонов системы регуляции минерального обмена и маркеров нарушения формирования костной ткани, тиреоидных гормонов (ТТГ,Т3,Т4) и исследование МПКТ (ультразвуковая денситометрия).

Результаты исследования. В рамках проводимой работы будет выявлена частота снижения МПКТ, планируется дальнейший анализ клинических ассоциаций остеопенического синдрома с нарушениями репродуктивной функции и гинекологическими заболеваниями у женщин репродуктивного возраста и в постменопаузальном возрасте.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЭФФЕКТИВНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТОЙКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПРИ ДОРСОПАТИИ

Т.П. Рязанцева, А.Б. Веревошников
ЗАО «Открытая клиника», Москва, Россия

Актуальность. Дорсопатия является самой распространенной формой дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике, развивающийся в молодом трудоспособном возрасте. В патогенезе дорсопатии ведущая роль принадлежит длительным, вынужденным нагрузкам на позвоночник, а также травмам позвоночника, сколиозу, и т.д. [1, 2]. Вопросы лечения стойких болевых корешковых синдромов при дорсопатии остаются всегда в центре внимания клинической неврологии [3, 4]. Мы хотели бы остановиться на комплексном подходе в лечению, применяемого в нашей клинике.

Цель. Изучить эффективность медикаментозного лечения, проводимого одновременно с занятиями лечебной физической культурой, у пациентов со стойким болевым синдромом при дорсопатии.

Материалы исследования. Для достижения цели мы подобрали группы пациентов со стойким болевым корешковым синдромом для выбора рационального метода лечения.

В наших наблюдениях были представлены 2 группы: 1 группа – пациентам основной группы к медикаментозному лечению присоединили лечебную физкультуру (ЛФК), а пациентам 2 группы (контрольная группа) в качестве лечения применили только патогенетическую медикаментозную терапию согласно протоколу лечения.

Под нашим наблюдением находилось 97 пациентов со стойким болевым синдромом на поясничном уровне; из них – 67 (69 %) мужчин, 30 (31%) женщин. Средний возраст составил 45±1,5 лет. Контрольная группа представлена 10 пациентами, из них – 6 (60%) мужчин, 4 (40%) женщины.

После клинико-неврологического обследования с диагностической целью пациентам проводилось МРТ исследование поясничного отдела позвоночника и консультация врача-реабилитолога.

Давность заболевания колебалась в пределах от 1 года до 10 лет (средний показатель – 6 ± 2,1 года). Пациентам 1 группы проводилась реабилитационные упражнения ЛФК в зале на протяжении трех недель (12 сеансов). В первый день все пациенты начинали медикаментозное лечение, применяя новокаиновые блокады, капельное введение анальгетиков и прием внутрь миорелаксантов, препаратов НПВП и витаминотерапия, в сочетании с реабилитацией в зале.

Пациенты 2 группы получали только патогенетическую медикаментозную терапию согласно протоколу лечения. Пациенты первой группы – лица с рецидивирующим течением заболевания, частыми обострениями и стойким болевыми синдромами. В неврологической картине отмечались стойкие симптомы выпадения чувствительной и двигательной функции: гипотония мышц, выпадение или снижение ахилловых рефлексов, снижение чувствительности по периферическому типу (корешковый синдром).

Результаты. Пациенты 1 группы (97 человек), которым назначалось на фоне медикаментозной терапии занятия в зале реабилитации ЛФК, хорошо переносили лечение и отмечали несомненный эффект в 81% на четвертый день.

Пациенты 2 группы (10 человек), получавшие патогенетическое лечение, отмечали положительную динамику на пятый день в 72% случаев. Во 2 группе положительные результаты медикаментозного лечения получили у 6 пациентов, и это составило 60%.

После проведенного курса лечения при повторном обследовании на стороне болевого синдрома у 23 (23,7%) пациентов появилась положительная динамика неврологических симптомов, т.е. улучшился тонус мышц, восстановился ахиллов рефлекс, отсутствовали четкие чувствительные расстройства. В неврологическом статусе 25 пациентов (25,7%) достигли позитивных результатов в виде улучшения тонуса, отсутствия корешкового синдрома, но полного восстановления ахиллова рефлекса не наблюдали. У 16 (16,5%) пациентов отмечалась незначительная симптоматика в виде купирования болевого синдрома.

Все 97 пациентов, закончившие лечение с положительным результатом разделили на 3 группы: 1 группа – значительное улучшение; 2 группа – улучшение; 3 группа – незначительное улучшение. И все пациенты распределились следующим образом, в 1 группа составила 31 пациент, 2 группа – 42 пациента, и 3 соответственно 24 человека.

Вывод. По клиническим наблюдениям уменьшение болевого синдрома на уровне поясничного отдела позвоночника сопровождалось увеличением объема движений, уменьшением дефанса мышц спины и симптомов натяжения, а также уменьшением неврологического дефицита.
Улучшение клинического состояния наших пациентов объясняется тем, что медикаментозная терапия оказывает аналгезирующий эффект, а занятия в зале ЛФК воздействует как функциональный компонент на позвоночник, снимая напряжение мышц спины и связочного аппарата.
Таким образом, среди анализируемой 1 группы мы получили хорошие результаты у 73 пациентов, что составляет эффективность терапии на 75%, что говорит о высокой эффективности комплексного лечения дорсопатий.

Литература.

1. Федин А.И., Путилина М.В. Дорсопатия. Диагностика и лечение. Методическое пособие. Москва 2011. .
2. Бубличенко М.М. Энциклопедия остеохондроза. – Ростов-на-Дону: Феникс. 2004..
3. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология: вертебрология. М.: Медпресс-информ. 2003.
4. Лечение поясничных спондилогенных неврологических синдромов /Под ред. А.А.Скоромца. – СПб.: Гиппократ, 2001.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМ СОМАТОТИПОМ

О.А. Савчук
ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва, Россия
ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов, Россия

Физическое развитие детей, подростков и молодежи является важным показателем состояния здоровья и санитарного благополучия населения. На региональном уровне систематически проводится мониторинг физического развития детей и подростков до 17 лет. Морфофункциональные показатели физического развития студентов, как отдельной социальной группы населения, мало изучены.

Цель работы. Изучение особенностей морфофункциональных показателей физического развития студентов юношеского возраста с разным соматотипом развития в условиях мегаполиса.

Материал и методы. Представлены результаты антропометрических измерений 253 студентов-первокурсников 17-18 лет. Определены основные морфофункциональные показатели физического развития - рост, см; масса тела, кг; окружность грудной клетки, см. Проведена комплексная оценка физического развития студентов разных соматотипов в зависимости от пола и возраста.

Результаты. У юношей 17 и 18 лет одного года набора ростовые показатели несколько отличаются и составляют в среднем 177,327 ±1,102 и 180,553 ±1,156 см соответственно ($p < 0,05$), в то время как у девушек ростовые показатели стабилизировались к 17 годам. Показатели массы тела у юношей 17 лет составляют 68,309 ± 1,805, а у юношей 18 лет – несколько больше - 72,511 ± 1,684. кг, различия статистически не достоверны ($p > 0,05$). У девушек выявлены статистически значимые возрастные различия в показателях массы тела. У девушек 17 и 18 лет средние показатели массы тела составили соответственно 54,730 ± 0,825 и 57,844 ± 1,035 кг ($p < 0,05$). Средние величины окружности грудной клетки (в паузе) как у юношей, так и у девушек 18 лет в среднем на 2,4 и 1,5 см больше, по сравнению с аналогичными данными у студентов в возрасте 17-лет ($p > 0,05$). По индексу Пинье определены соматотипы развития. Большая часть обследованных отнесена к нормостеникам (у юношей 49, 02%, у девушек 58,94%). Гипостеники составили 21,57% и 34, 44% соответственно, а гиперстеники – 29,41% и 6,62% соответственно. Различия достоверны. Гармоничное физическое развитие выявлено у 70.59% юношей и 70,20% девушек. Дефицит массы тела отмечен у 6,86% юношей и у 21,85% девушек, а избыток массы тела – у 8,82% и 4,74% соответственно. Низкая длина тела выявлена у 2,94% юношей и 5,30% девушек, а высокая длина тела – у 10,78% и 5,3% соответственно. В докладе буду представлены анализ взаимосвязей показателей образа жизни, заболеваемости, работоспособности, успешности обучения с соматотипами развития.

Выводы.

1. К 17 годам у девушек ростовые показатели стабилизируются, в то время у юношей рост продолжается в 18 лет.
2. Разница в массе тела у юношей 17 и 18 лет статистически не значима, в то время как у девушек в 18-летнем возрасте масса тела достоверно больше, чем у 17-летних.
3. Выявлены достоверные гендерные различия в частоте встречаемости среди обследованных студентов гипер – и гипостеников.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ У ДЕТЕЙ

Ф.Х. Саидов
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Республика Узбекистан
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Республика Узбекистан

Реферат. Нами было проанализированы результаты лечения 84 детей с толстокишечным стазом. Из них у 47 детей проведено измерение внутрибрюшного давления и выявлено интраабдоминальная гипертензия. Измерение проводилось у 28 (59,6%) детей с долихосигмой, у 11 (23,4%) с болезнью Гиршпрунга, у 8 (17%) с долихоколон и

долихомегаколоном. При компенсированной стадии толстокишечного стаза показатели внутрибрюшного давления составило от 10 до 15 см вод.ст., что соответствовало 1 степени интраабдоминальной гипертензии и было выявлено у 16 (34,0 %) детей. При субкомпенсированной стадии показатели внутрибрюшного давления находилось в пределах 16-25 см. вод.ст. что соответствовало 2 степени интраабдоминальной гипертензии и было выявлено у 21 (44,7 %) детей. При декомпенсированной стадии показатели внутрибрюшного давления составило более 25 см вод.ст. что соответствовало 3 степени интраабдоминальной гипертензии и было выявлено у 10 (21,3 %) детей. Исследования показали, что в зависимости от локализации и степени стаза в толстой кишке наблюдается повышение внутрибрюшного давления, отрицательно влияющего на состояние организма, течение и исход заболевания.

Введение. В последнее время на течение заболевания протекающим толстокишечным стазом не маловажное значение имеет и внутрибрюшное давление[1, 2]. В зависимости от стадии компенсации толстокишечного стаза, его расположение наблюдается тенденция к повышению интраабдоминального давления [4, 6].

Надо отметить, что синдром интраабдоминальной гипертензии приводит к таким последствиям, что повышается давления в других полостях и анатомических образованиях (внутригрудное давление) с последующем развитием полиорганной недостаточности [3, 5].

Цель исследования. Диагностика интраабдоминальной гипертензии и пути улучшения результатов лечения детей с хроническим колостазом.

Материалы и методы. В отделение детской хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи г. Ташкента с 2006 по настоящее время на лечение находилось 84 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, страдающие хроническими запорами, вызванными той или иной патологией толстой кишки, из них 51 (60,7%) мальчиков и 33 (39,3%) девочек. Наибольшее количество пациентов составили дети в возрасте от 3 до 14 лет – 61 (72,6%). У 39 (46,4%) обследованных детей диагностирована долихосигма, у 17 (20,2%) – долихоколон или долихомегаколон, у 15 (17,9%) – болезнь Гиршпрунга, у 1 (1,2%) – врожденное сужение анального канала, у 1 (1,2%) – синдром Пайера, у 11 (13,1%) – функциональные запоры.

Диагностическая программа включала в себя общеклинические, биохимические, эндоскопические (колонофиброскопия), рентгенологические (ирригоскопия, пассаж бариевой взвеси), мультиспиральная компьютерная томография толстой кишки, ультразвуковое исследование, электросфинктерометрия, дуплексное сканирование магистральных сосудов толстой кишки, по показаниям выполнялась биопсия стенки прямой кишки по Свенсону с последующим гистологическим исследованием, а также изучалась микробная флора кишки.

Учитывая, что объективным простым и точным методом диагностики интраабдоминальной гипертензии является измерение давления в брюшной полости, посредством оценки давления в мочевом пузыре эта методика была нами использована у детей с толстокишечным стазом. Внутрибрюшное давление измеряли у 47 (55,9 %) детей с толстокишечным стазом. Во всех случаях диагноз был подтверждён как ультразвуковым методом, так и рентгенологическим. Эластичная и хорошо растяжимая стенка мочевого пузыря выполняет функцию пассивной мембраны и точно передает давление брюшной полости.

Измерения интраабдоминального давления проводили методом непрямой регистрации по Kron I.L. etal. Катетером Фолея выпускалась моча и в мочевой пузырь вводилось 25-100 мл стерильного физиологического раствора, после чего присоединялось к катетеру Фолея прозрачный капилляр, либо линейку и измеряли внутрипузырное давление.

За нулевую точку в горизонтальном положении тела принимали лобковый симфиз, а высота жидкости в миллиметрах от нулевой точки составляла уровень интраабдоминального давления. Уровень интраабдоминальной гипертензии определялся по классификации J. Burchetal. (1996): 1 степень ИГ ИД от 0,98 до 1,47 кПа (10-15 см вод.ст.); 2 степень – от 1,47 до 2,45 кПа (15-25 см вод. ст.); 3 степень – более 2,45 кПа (25 см вод. ст.). Наличие признаков полиорганной дисфункции на фоне интраабдоминальной гипертензии более 2,45 кПа (25 см вод.ст.) расценивалось как абдоминальный компартмент синдром (АКС).

Измерение проводилось у 28 (59,6%) детей с долихосигмой, из них у 11 (23,4 %) детей выявлено 1-я степень интраабдаминальной гипертензии, у 14(29,8 %) детей 2-я степень и у 3 (6,9 %) детей 3-я степень интраабдаминальной гипертензии. С болезнью Гиршпрунга из 11 (23,4%) детей у 1 (2,1 %) выявлено 1-я степень интраабдаминальной гипертензии, у 4 (8,5 %) детей 2-я степень и у 6 (12,8 %) детей 3-я степень интраабдаминальной гипертензии. Из 8 (17%) детей с долихоколон и долихомегаколоному 4 (8,5 %) выявлено 1-я степень интраабдаминальной гипертензии, у 3 (6,9 %) 2-я степень и у 1 (2,1 %) ребенка 3-я степень интраабдаминальной гипертензии.

Результаты и их обсуждения. В зависимости от стадии толстокишечного стаза показатели интраабдоминального давления выглядели по-разному.

При компенсированной стадии толстокишечного стаза показатели внутрибрюшного давления составило от 10 до 15 см вод. ст. (в норме внутрибрюшное давление от 0 до 5 см вод. ст.), что соответствовало 1 степени интраабдоминальной гипертензии и было выявлено у 16 (34,0 %) детей.

При субкомпенсированной стадии показатели внутрибрюшного давления находилось в пределах 16-25 см. вод. ст. что соответствовало 2 степени интраабдоминальной гипертензии и было выявлено у 21 (44,7 %) детей.

При декомпенсированной стадии показатели внутрибрюшного давления составило более 25 см вод. ст. что соответствовало 3 степени интраабдоминальной гипертензии и было выявлено у 10 (21,3 %) детей. Далее изучены параметры интраабдоминального давления в зависимости от расположения толстокишечного стаза. При правосторонней расположение стаза в толстой кишке при долихоколоне и долихомегаколоне у 5 (62,5 %) детей наблюдали повышение интраабдоминального давления в пределах 10-15 см вод. ст. У детей с левосторонней локализацией стаза показатели интраабдоминального давления были различны. Так, при долихосигме у 14 (50 %) детей показатели интраабдоминального давления составили 15-20 см вод. ст., тогда как при болезни Гиршпрунга у 10

(90,9 %) детей оно составило 20-25 и более см вод. ст. Все эти показатели зависели как от стадии так и от расположения толстокишечного стаза.
При выборе хирургической тактики лечения детей с толстокишечным стазом наряду с рентгенологическими данными большое внимание делали на показатели внутрибрюшного давления. В компенсированной стадии хронического колостаза при наличии внутрибрюшного давления от 10 до 15 см вод. ст., скудной клинической картине заболевания и отсутствии глубоких биохимических изменений в крови с целью коррекции интраабдоминальной гипертензии 16 (34,0 %) пациентам выполняли декомпрессию толстой кишки с помощью очистительных и сифонных клизм. В результате проведения сифонных клизм и интенсивной терапии во всех случаях отмечалось улучшение состояния детей и снижение интраабдоминального давления до 5-10 см вод. ст. в течение 2-3 часов. В субкомпенсированной стадии хронического колостаза при наличии внутрибрюшного давления от 15 до 25 см вод. ст. у 21 (44,7 %) пациентов проводилась инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные и сифонные клизмы, терапия, направленная на компенсацию органных функций. В декомпенсированной стадии хронического колостаза при наличии внутрибрюшного давления от 25 и более см вод.ст. у 10 (21,3 %) пациентов проводилась инфузионно-спазмолитическая терапия, сифонные клизмы, терапия, направленная на компенсацию органных функций. Данный комплекс консервативных мероприятий направлен на разрешение толстокишечного стаза, восстановления органных функций и одновременно является предоперационной подготовкой к последующему оперативному вмешательству.
Благодаря выполненной декомпрессии в более благоприятных условиях выполнено оперативные вмешательства в 23 случаях.
10 - брюшнопромежностная проктопластика по Свенсону-Хиату-Исакову и 1 ребенку выполнена брюшнопромежностная проктопластика по Соаве в модификации Валео по поводу Болезни Гиршпрунга; левосторонняя гемиколэктомия выполнена 4 больным; резекция сигмовидной кишки по поводу долихосигмы - 5 пациентам; субтотальная колэктомия - 3 пациентам по поводу частичной кишечной непроходимости на фоне долихомегаколон.
В послеоперационном периоде снижение интраабдоминального давления наступило на 3-4 сутки. Таким образом, одним из патогенетических механизмов развития интраабдоминальной гипертензии является толстокишечный стаз и ее осложнение, которая требует своевременной диагностики и коррекции.
Выводы. 1. При хроническом толстокишечном стазе развивается интраабдоминальная гипертензия, которая требует своевременной диагностики и коррекции.
2. Показатели интраабдоминального давления являются важным диагностическим тестом при хроническом толстокишечном стазе. При повышении уровня интраабдоминального давления выше 25 см вод ст. показано оперативное лечение.
3. Основными методами декомпрессии интраабдоминальной гипертензии при хроническом толстокишечном стазе являются устранения стаза путём сифонные клизмы, а также хирургические методы коррекции (интубация кишечника, колостомия либо резекция участка толстой кишки) и интенсивная по синдромная терапия.

Литература.
Гельфанд Б.Р., Проценко Д.Н., Чубченко С.В., Игнатенко О.В. Синдром интраабдоминальной гипертензии у хирургических больных: состояние проблемы в 2007 г. // Инфекции в хир. – 2007. - № 3. – С. 20-29.
Тимербулатов В. М., Тимербулатов Ш. В., Фаязов Р. Р., Гареев Р. Н. Мониторинг внутрибрюшного давления при острой толстокишечной непроходимости. // Вестник хирургии. – 2011. – Т.170, №3. – С.30 – 34.
Фаязов Р. Р., Тимербулатов В. М., Султонмагомедов И. М., Сахаутдинов Р. М. Хирургическая коррекция синдрома интраабдоминальной компрессии при острой непроходимости толстой кишки // Материалы II съезда колопроктологов Украины с международным участием. — Львов, 2006. — С. 505—506.
Burch J. M, Moore E. E, Moore F. A, Franciose R. The abdominal compartment syndrome. SurgClin North Am, 1996; Vol 76, 4:833-842.
De Waele J. J, Cheatham M. L, Malbrain M. L, Kirkpatrick A. W, Sugrue M, Balogh Z, Ivatury R, De Keulenaer B, Kimball E. J. Recommendations for research from the International Conference of Experts on Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. ActaClin Belg. 2009 May-Jun; 64 (3): 203-9.
Kirkpatrick W. A., Roberts D.J. et al. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome: update consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome// Intensive Care Med. – 2013. - Vol. 39. – N.7. — P. 1190-1260.

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ НА РАННИХ ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

М.А. Сафоничева, С.В. Аршакян, Л.М. Голостенова
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия
ГБУЗ Городская клиническая больница №64 Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Введение. Церебральный инсульт является сложным инвалидизирующим заболеванием, при котором возвращение пациентов к социальной активности зависит от адекватного ведения раннего восстановительного периода. Ежегодно в мире регистрируется около 10 млн., а в России 450 тыс. новых случаев заболевания. Поэтому, разработка и патогенетическое обоснование оптимального персонифицированного способа белково-энергетической нутритивной

поддержки больных с церебральным инсультом на ранних этапах реабилитации является актуальной медико-социальной проблемой.

Методы и материалы. С целью изучения особенностей трофического статуса, анализа причин его нарушения и разработки оптимального способа нутритивной поддержки проведено исследование 87 больных (52 женщины и 35 мужчин) в возрасте от 40 до 82 лет (средний возраст составил 60,7±12,4), перенесших церебральный инсульт. Больным с церебральным инсультом в остром периоде на 5-14 день, проводилось клинико-неврологическое обследование, лабораторные обследования, а также оценка социальной адаптации и способности к самообслуживанию с помощью шкалы Rankin. Больным была проведена оценка нутритиционного риска с использованием шкалы NRS 2002. Для определения степени выраженности недостаточности питания использовали биохимические и антропометрические показатели. Для оценки поступления энергии, белка и жидкости использовались протоколы учета питания и поступления жидкости.

Результаты. Из 87 лишь 13,8% больных имели ИМТ в пределах нормы, в 32,2% - дефицит массы тела, а у 54,0% - избыточную масса тела и ожирение 1-3 ст. Значение шкалы Rankin составило 2,8±0,8 баллов, что соответствует средней степени потери дееспособности. При оценке нутриционного риска, значение составило 3,3±0,7 баллов, что соответствует высокому риску. При анализе потребления пищи, установлено, что лишь в 13% наблюдений доля удовлетворяемых потребностей в энергии составляет 100%, у остальных больных – менее 75%. Также выявлено, от 25 до 75% пищи, предлагаемой больным в течение дня в стационаре, не потребляется ими и уходит в отходы. Следовательно, госпитализированные больные не получают энергию, белки и микроэлементы, в том составе и количестве, которые соответствуют их основным потребностям. Анализ лабораторных и антропометрических показателей выявил степени недостаточности питания - легкая степень встречалась в 13,8%, средняя – в 67,8%, тяжелая – в 18,4% наблюдений.

Выводы. Метаболическая дезорганизация, возникающая в организме вследствие болезни и недостаточности питания, может существенно снижать эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий, а нередко, при отсутствии соответствующей коррекции возникающих метаболических нарушений, вообще приводить к их полной нейтрализации. В связи с этим у больных с церебральным инсультом, поступающих в стационар, следует внимательно обследовать с целью выявления риска развития недостаточности питания. С учетом индивидуальных особенностей течения церебрального инсульта у каждого больного, необходим анализ и тщательный персонифицированный подход к разработке программы реабилитации, установка влияния нарушений питания (и их дальнейшая коррекция) на возможности реализации программы физической реабилитации. Таким образом, проведенное исследование позволило установить причины, нарушающие трофический статус и факторы его, обуславливающие у больных с церебральным инсультом. Выявлены явные признаки трофической недостаточности у 86,2% обследуемых больных, что делает необходимым его обязательную коррекцию.

ИНТЕГРАЦИЯ МЕТОДОВ КОМПЛЕМЕНТАРНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРОГРАММЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

О.Г. Сафоничева

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Увеличение продолжительности жизни населения стран Европы привело к увеличению глобального бремени неинфекционных заболеваний, которые, по мнению экспертов ВОЗ, представляют собой крупнейшую угрозу общественному здравоохранению и становятся главной причиной заболеваемости и смертности в мире. В России в 2007г. было зарегистрировано 219, 5 млн случаев заболеваний, а в 2008г. – 221,7 млн., т.е. рост составил 40% (в пересчете на 100 тыс. населения заболеваемость увеличилась на 46%).Поэтому совершенствование и внедрение методов ранней диагностики, профилактики развития социально значимых заболеваний (ССЗ), а также повышение эффективности лечения и медицинской реабилитации этих заболеваний является актуальной приоритетной задачей государственной политики в сфере здравоохранения любого государства [1,2].

Новая концепция ранней диагностики и персонализированной профилактики ССЗ у лиц трудоспособного возраста в целях сохранения психического, физического здоровья и повышения профессионального долголетия, как один из долгосрочных приоритетов развития медицинской науки, нашла отражение в Седьмой рамочной программе по научным исследованиям и инновациям в Европейском Союзе - «Горизонт 2020».В области социальных программ, связанных с развитием здравоохранения и демографическими изменениями, наибольшую финансовую поддержку получат гранты, охватывающие весь спектр исследований в двух приоритетных направлениях - «персонализированная медицина», а также «активное и здоровое долголетие» - 34 гранта в 2014-2015 гг. с суммарным финансированием 1,21 млрд. евро.

В ходе научно-исследовательских работ к 2020 году должны быть сформулированы новые концепции здоровья, активного долголетия, изучены новые механизмы развития болезней с учетом молекулярно-генетических подходов. Разработка комплекса профилактических мероприятий для конкретного пациента составляет концептуальную и методическую основу нового научно-практического направления – предиктивной (предсказательной) персонализированной медицины [3.4].Американский биолог Leroy Hood, сформулировал концепцию медицины XXI века (Barselona 2008) в виде «4 P» Medicine: Preventive, Predictive, Personalized, Participatory, что в переводе означает – медицина XXI века должна быть профилактической, предиктивной (с учетом наследственной предрасположенности), персонализированной и, обязательно, с осознанным участием человека в оздоровительных программах и

заинтересованностью семьи в сохранении и поддержании нравственного, психоэмоционального и физического здоровья.

Поэтому развитие персонализированной медицины предполагает глубокое изучение как геномных технологий, так и профилактических (оздоровительных) технологий для разработки программ профилактики и реабилитации, тем более, что в структуре здоровья генетические факторы составляют 20-25%, экологическим факторам отводится 15-20%, медицине 8-10%, а образу жизни –до 55%. Воздействие образа жизни на здоровье в 2 – 2,5 раза выше, чем других факторов.

На этом фоне все большую популярность приобретают оздоровительные технологии и практики восточных школ (различные гимнастики, акупунктура, ароматерапия, лечение травами, медитация).

В Восточных школах культура здоровья традиционно являлась и является частью общей культуры, воспитания человека (культуры мыслей, эмоционального состояния, дыхания, питания, пластичности, тела), а медицинская наука, учитывая наследственные факторы и конституциональную предрасположенность, выстраивала индивидуальные программы профилактики заболеваний, которые составляют основу образа жизни.

Методы и системы, не являющиеся для каких-то стран традиционными, ВОЗ рекомендует называть комплементарными или альтернативными (КАМ) и включать лучшие практики в национальные системы здравоохранения. Президент ВОЗ, Маргарет Чань в своих выступлениях сделала заявление: «Две системы – традиционная и официальная, западная медицина – не являются взаимоисключающими. Эти системы могут сочетаться друг с другом в полной гармонии с использованием лучших особенностей каждой системы и восполнением слабостей каждой из них»

Одной из таких древнейших систем является Аюрведа (от санскр. "āyus" — «значение жизни», «принцип жизни», или «длинная жизнь» и «veda» — знание) — традиционная система индийской ведической медицины, «знание длинной жизни» или даже «наука жизни». Поэтому, при осмотре больного врач, практикующий Аюрведу, стремится установить первопричину заболевания, исследовать гомеостаз (устойчивость) целостной системы, понять особенности психосоматической конституции человека - его Изначальную природу. Конституция, как обобщенная морфофункциональная характеристика индивидуума, отражает особенности не только телосложения, но также психической деятельности, метаболизма и функционирования вегетативных систем, адаптационно-приспособительных, компенсаторных и патологических реакций человека. Цель Аюрведы — достичь здоровья путем установления равновесия и гармонии, а не путем борьбы с болезнями, поэтому профилактике в ней отводится более важная роль, чем терапии. С точки зрения Аюрведы, для общего здоровья необходимы физиологическое равновесие, свобода выражения эмоций, гармония в мыслях, внимание к окружающей среде и духовное развитие. Задолго до расшифровки генома аюрведическая медицина опиралась на принципы конституционального подхода, как единства к структурной, биохимической и психоэмоциональной составляющих здоровья человека. С 1985 года это древнейшее индийское учение о здоровье и долголетии сейчас пользуется популярностью во многих странах мира и признано ВОЗ наиболее эффективной системой восточной медицины.

В основу Традиционной Китайской Медицины (ТКМ) заложены философские концепции целостности, гармонии мироустройства и анализу места человека в этом мире, который создан из тех же самых элементов и подчиняется тем же самым законам. Законы сохранения баланса «верх-низ», «центр-периферия», «правое-левое» и т.п. указывают на то, что все в организме взаимосвязано, взаимодополняемо и взаимозависимо, поэтому покровные ткани связаны как с внутренними органами, так и с центральной нервной системой. ТКМ изучает предикторы ранних стадий заболеваний, резервы здоровья человека, внутренние условия, которые позволяют максимально эффективно реализовать генетические программы и поддерживать механизмы саморегуляции.

В Российской Федерации специальности «рефлексотерапия» и «мануальная терапия», введены в реестр медицинских и фармацевтических специальностей Приказом Минздрава России №365 от 10.12. 1997 года и преподаются в ВУЗах на факультетах последипломного профессионального образования. Подготовка специалистов осуществляется с позиций целостного подхода к устройству человека и для оценки резервов здоровья применяют методы специфической системной диагностики (визуально-пальпаторной), изучают оптимальный «статический, динамический и метаболический стереотип»; «тканевые субстраты» здоровья и патологических состояний, особенности конституции, а также подводят нейрофизиологическое обоснование для концепций передовых Восточных и Европейских школ.

Предметом изучения мануальной медицины являются дисциплины, заключенные в аббревиатуре MAN (от английского «человек») – «механика», «анатомия», «неврология».

Биомеханика – это раздел биофизики, изучающий механические процессы в биологических системах, наука о закономерностях движений целостного организма при взаимосвязях его с окружающей средой. Для мануального терапевта важно знание о суставной механике и механике мягких тканей, так как патобиомеханические изменения (ПБМИ) фиброзно-фасциально-связочных структур лежат в основе формирования большинства мышечно-фасциальных болевых, статико-динамических, висцеро-соматических и других синдромов. Знания анатомии и физиологии функциональных систем мануальному терапевту необходимы с позиции пространственного представления о взаиморасположении органов, их функциональных связей в норме и патологии с учетом гравитационных нагрузок на основные звенья локомоторной системы.

Важнейшим начальным разделом в работе врача – мануального терапевта является раздел визуально-пальпаторной диагностики с использованием координатно-плоскостного метода, позволяющего определить взаиморасположение и равномерность гравитационного отягощения регионов позвоночника, таза и конечностей, на которые приходится основная нагрузка при выполнении статико-динамических задач.

Базисные подходы диагностического искусства также выражены в короткой аббревиатуре: «ART» – Asymmetry, Rangeofmotion, Tissueabnormality.

«Симметричность» и «асимметрия» структур опорно-двигательной функциональной системы лежат в основе оценки статико-динамического стереотипа в исходном положении пациента «стоя» с помощью вертикального отвеса, который опускают от основания затылка при осмотре пациента сзади. Определение «объема движений» тесно связано с учением о балансе и барьерах. При определении активных и пассивных движений учитывают симметричность, плавность и последовательность движений при выполнении динамических задач. Аспект «тканевые нарушения» – гипотрофия, отечность, нарушение подвижности и собственного эндоритма тканей, а также висцерального ритма внутренних органов – являются своеобразным продолжением и дополнением диагностической триады «ART».

Мануальная терапия включает различные техники, которые оптимизируют протекание биомеханических и биохимических процессов в организме [5]. Многочисленные контакты с зарубежными коллегами значительно расширили представления о возможностях мануальной терапии. В настоящее время специализация по мануальной терапии, наряду с углубленным изучением неврологии, биомеханики, лучевой диагностики предполагает освоение артикуляционных, нейромышечных, миотерапевтических, миофасциальных релаксационных и других техник. Изучаются разделы кранио-сакральной терапии (КСТ), висцеральной терапии, функциональные непрямые техники (ФНТ), техники сомато-эмоционального расслабления (СЭР) и другие. Техники «мягких тканей» становятся приоритетными, что позволяет применять этот вид лечения в педиатрии, гериатрии, в акушерстве-гинекологии и различных других областях медицины.

Таким образом, методы нелекарственной медицины воздействуют на механизмы саногенеза за счет восстановления вертикальной оси, преодоления гравитационных перегрузок и обеспечения беспрепятственной циркуляции, сосудистых и внесосудистых жидкостей организма с учетом конституциональных особенностей, что позволяет рекомендовать более широко интегрировать методы комплементарной медицины в программы персонализированной профилактики и реабилитации социально значимых заболеваний. Эти методы наиболее полно соответствуют современной концепции 4П-Медицины.

Литература.

1. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Краткая версия / Г.Э. Улумбекова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 96с.
2. Бобровницкий В.В., Нагориев С.Н., Лебедева О.Д., Яковлев М.Ю., Татаринов А.В., Батдиева В.А., Эфендиева М.Т., Полунин. Персонализация программ медицинской реабилитации больных распространенными соматическими заболеваниями (в научно-информационном журнале Курортные ведомости). - №4 (73). – ВИНИТИ РАН. ООО «Сальвус-Инфо». - 2012. – С.8-9.
3. Определение наследственной предрасположенности к некоторым частым заболеваниям при беременности. Генетическая карта репродуктивного здоровья: методические рекомендации / В.С. Баранов, Т.Э. Иващенко, А.С. Глотов; под ред. В.С. Баранова и Э.К. Айламазяна. – СПб.: «Изд-во Н-Л», ООО, 2009. – 68 с.: ил. – (Серия Exlibris «Журнал акушерства и женских болезней»).
4. Генетический паспорт – основа индивидуальной и предиктивной медицины / Под ред. В.С. Баранова. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2009. – 528 с.: ил.
5. Сафоничева О.Г. Хадарцев А.А., Еськов В.М., Кидалов В.Н. Теория и практика восстановительной медицины. Монография/О.Г. Сафоничева [и др.]; под ред. А.А. Хадарцева. М.; Тула, 2006.Том Мануальная диагностика и терапия. 151с.

ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ

Н.П. Сачивкина, Е.В. Куликов
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

В образовательных учреждениях важное значение для здоровья учащихся и персонала имеют микроклимат и микробный пейзаж помещений. В нём могут содержаться различные химические вещества, аллергены и инфекционные агенты, которые могут неблагоприятно воздействовать на здоровье человека, провоцируя острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей. Бактериальное загрязнение воздуха в помещениях играет не последнюю роль, так как является причиной возможного инфицирования возбудителями различных инфекционных заболеваний, передающимися воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями. Санитарно-показательными микроорганизмами в этом случае являются стафилококки, гемолитические стрептококки, плесневые и дрожжеподобные грибы. Несмотря на сравнительно короткий срок пребывания в воздухе, эти микробы создают эпидемическую опасность.

Цель настоящего исследования. Изучение интенсивности контаминации различными микроорганизмами воздуха образовательного учреждения медицинского профиля Российского университета дружбы народов.

Материалы и методы. Забор воздуха проводился специалистами кафедры микробиологии и вирусологии медицинского факультета в соответствии с требованиями СанПиН 2.1.3.1375 -03, Приказа МЗ СССР № 720 от 31.07.1978 г. Воздух отбирали с помощью пробоотборника ПУ - 1Б (аппарат Кротова) (НПО “Химавтоматика”, г. Москва) на высоте 1 м от уровня пола и на расстоянии так же 1 м от стены. Оценка санитарного состояния воздушной среды закрытых помещений проводилась по показателям: общее количество микроорганизмов или общее микробное число (ОМЧ) в 1 м3 (КОЕ/м3), количество плесневых и дрожжеподобных грибов в 1м3 (КОЕ/м3). К тому же из

общего количества микроорганизмов делался отбор и подсчет санитарно-показательных бактерий, которыми являются стафилококки и гемолитические стрептококки.
Для забора проб и идентификации культур использовали стеклянные чашки Петри стандартного размера залитые питательным мясо-пептонным агаром МПА (для определения общего микробного числа), а также агаром Сабуро (для подсчета колоний плесневых и дрожжеподобных грибов). Для последующей идентификации выросших колоний микроорганизмов пользовались молочно-солевым агаром (для выявления стафилококков), желточно-солевым агаром (для учёта лецитиназной активности выделенных стафилококков), кровяным агаром (для выявления гемолитических стрептококков в образцах).
Результаты испытаний. Исследование проводилось в пяти комнатах на третьем этаже медицинского факультета, в трех из них заборы воздуха осуществлялись в присутствии учащихся или работе сотрудников. Общее микробное число составило 1186±173 КОЕ/м3; золотистый стафилококк обнаружен в количестве 28±10 КОЕ/м3; эпидермальный стафилококк - 85±25 КОЕ/м3; плесневые и дрожжеподобные грибы 320±53 КОЕ/м3 (при значительном доминировании микромицетов рода Aspergillus и Penicillium).
Выводы. Исследование воздушной среды помещений не только медицинского, но и учебного профиля является актуальной задачей. Поскольку пребывание студентов в комнатах с повышенной в той или иной степени загрязненностью воздуха непосредственно связано с риском приобретения инфекции. Полученные в этом исследовании результаты будут служить отправной точкой. В дальнейшем мы планируем мониторинг таких объектов в разные сезоны года и в разных корпусах. Это позволит сравнить микробиологическую обстановку воздушных масс на факультетах, кафедрах, и подскажет, где и на что следует обратить внимание обслуживающему персоналу.

УЛУЧШЕНИЕ ЗИ ДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ СРЕДСТВАМИ РУССКОГО ЯЗЫКА

А.Е. Северин, В.В. Розанов
РУДН, Москва, Россия
МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Дыхание – одна из важнейших функций организма человека не только снабжающая органы и ткани кислородом, но и занимающая центральное место в речеобразовании. Фонационное дыхание, т.е. дыхание во время речи имеет ряд особенностей: дыхательный объем существенно увеличен по сравнению с дыханием в состоянии покоя, а частота дыхания снижена. Соотношение продолжительности вдоха и выдоха сдвинуто в сторону удлинения выдоха и сокращения времени вдоха. Собственно звукообразование и произнесение слов происходит на выдохе. В связи с этим, представляется, что чтение вслух, особенно у детей младшего школьного, возраста будет способствовать развитию органов дыхания и профилактике заболеваний. Предварительные результаты наших исследований, проведенные с участием студентов Российского университета дружбы народов показали, что во время чтения вслух дыхательный объем увеличивался с 300-350 до 500-600 мл, а частота дыхания снижалась с 18 циклов/мин до 10-12 циклов/мин. Объем легочной вентиляции при этом увеличивался на 50-80%. Кроме влияния на показатели внешнего дыхания изменялась функция сердечно-сосудистой системы. Частота сердечных сокращений возрастала, показатели, характеризующие вариабельность ритма сердца также увеличивались. Все это свидетельствует о целесообразности использования чтения вслух для тренировки дыхания, особенно у детей. Будет целесообразным проведение работ по подбору текстов, где длина фраз должна корреспондироваться с величиной жизненной емкости легких детей и с их способностью задерживать дыхание. Эти работы, как нам представляется, позволят одновременно улучшить здоровье детей, повысить культуру речи, общую культуру, а также будут способствовать закреплению речевых навыков.

ЧТЕНИЕ ВСЛУХ КАК АНТИСТРЕССОВАЯ МЕРА

А.Е. Северин, Н.Е. Аймаутова, Ж.Б. Онзимба-Ленюнго, С.В. Ушнев
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

В XIX веке чтение вслух было распространено чрезвычайно. Собирались целыми компаниями и читали новые литературные произведения. Зачастую сами авторы читали свои новые вещи. В подобной практике смысловые и эмоциональные моменты воспринимались как коллективное эмоциональное сопереживание, которое усиливалось невербальным компонентом общения. В настоящее время подобные практики отошли в прошлое и вместо группового чтения пришли групповые просмотры телевизионных передач спортивного или развлекательного толка. В то же время, в студенческой среде иногда вновь появляется коллективное чтение учебной литературы при подготовке к экзаменам, зачетам.
В наших исследованиях мы задались целью измерить уровень стресса инструментальным методом , основанным на методике вариабельности сердечного ритма (по Р.М. Баевскому) в предсессионный период до группового чтения вслух и во время чтения учебной литературы. Для исследований были приглашены 5 студентов 2 курса медицинского факультета Российского университета дружбы народов, то есть такая группа студентов, которая находится на переломном этапе обучения под угрозой отчисления из-за объемных и трудно изучаемых предметов (анатомия, биохимия, физиология и др.).
Для чтения был выбран учебник физиологии. Студенты читали по 5 минут по очереди текст средней сложности, который им предстояло сдавать на экзаменах. Вариабельность сердечного ритма записывали у каждого из студентов до и во время чтения.

В результате проделанной работы было выявлено, что в покое в предсессионный период стресс-индекс превышал нормальные значения в среднем на 100 – 150%. В начале чтения вслух стресс-индекс несколько нарастал по сравнению с фоновыми значениями (на 10-15%), однако, затем он достаточно быстро снижался и на 4-5 минутах был на 50-70% меньше, чем в фоновый период. Подобная динамика стресс-индекса, как нам представляется объясняется следующим: тревожное состояние студентов основывалось на негативной оценке своих знаний по сравнению с уровнем требований. Это было причиной хронического предсессионного стресса. В то же время, чтение текста средней сложности показало, что практически вся читаемая информация легко понималась и запоминалась. Эффект усиливался невербальными компонентами общения. Следовательно, для студентов, испытывающих трудности в обучении и находящихся в стрессовой ситуации в связи с недостаточным уровнем подготовки целесообразно рекомендовать групповые занятия с чтением вслух учебного материала.

МОТИВАЦИЯ К РЕАБИЛИТАЦИИ: МОТИВИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СИСТЕМЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.Д. Семенова, Н.М. Сегренева-Воробьёва
ФГБУ Московский НИИ психиатрии Минздрава России, Москва, Россия
ГБУЗ ПКБ № 3 ДЗМ филиал, Москва, Россия

Введение. Проблема мотивации в контексте реабилитационного процесса – весьма актуальна и активно разрабатывается в медицине.

Становление и развитие психосоциальной реабилитации шизофрении, происходящие в последнее десятилетие изменения в плане ее содержания и вектора прилагаемых усилий, – все эти процессы неотрывны от основной цели, которая суть восстановление нарушенных в результате болезни личностных ресурсов (1).

Истощающиеся в результате болезни ресурсы личности, дефицит мотивации, являясь ключевыми характеристиками болезни, существенным образом сказываются на эффективности прилагаемых реабилитационных усилий. Падение «энергетического потенциала», общее отсутствие воли у пациента, – все это может препятствовать самому процессу реабилитации, так как ее эффективность во многом зависит от определенных встречных усилий, требуемых от пациента (3).

Встает вопрос о воздействии на мотивацию пациентов с шизофренией – как с точки зрения ее категорий (мотивация к лечению и реабилитации, мотивация к трудоустройству, мотивация к приёму лекарств и т.д.), так и с точки зрения ее содержания (присутствие деструктивных звеньев, социальная приемлемость целей, которые ставит перед собой пациент, и средств их достижения и т.д.). Прежде всего, необходимы специальные вмешательства, формирующие мотивацию к реабилитации. Разработка такого вмешательства для пациентов с шизофренией представляет собой особую задачу (1, 2).

Цель исследования. Теоретическая и практическая валидизация специального вмешательства, формирующего мотивацию пациента к психосоциальной реабилитации.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ состояния проблемы мотивации и мотивирующих вмешательств при шизофрении.
2. Сформулировать основные принципы, задачи и этапы мотивирующего вмешательства.
3. Разработать «Модуль формирования мотивации к реабилитации» – специальное вмешательство, формирующее мотивацию пациента к реабилитации.
4. Провести цикл групповых занятий в рамках психосоциальной реабилитации больных шизофренией по данному модулю в условиях дневного стационара ПНД.

Эмпирическая база:

Больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, задействованные в программе психосоциальной реабилитации в условиях дневного стационара ПНД.

Результаты. Разработан «Модуль формирования мотивации к реабилитации» и осуществлена его теоретическая и практическая валидизация.

При разработке модуля мы опирались на достижения современной психологии мотивации, на исследования мотивации при шизофрении, мотивации в контексте лечебного и реабилитационного процессов (3). Использовались также принципы, лежащие в основе ряда подходов, среди которых: транс-теоретическая модель (модель изменения поведения), интегральная модель лечебной мотивации, принципы «мотивирующей беседы», теория самодетерминации, техники повышения Я-эффективности, «моделирование» или опыт викарного обучения, принципы и приемы «errorless learning» (обучения, исключающего ошибки при выполнении заданий), приемы и навыки реалистического целеполагания (4). Эти принципы были адаптированы к особенностям целевой группы.

Модуль ориентирован на пациентов с шизофренией с низкой вовлеченностью в психосоциальную реабилитацию, с уже наметившейся тенденцией к утрате социальных достижений и социальных ролей, с низкой готовностью к изменению жизненного стереотипа и неадаптивных форм поведения (приспособление к болезни, поглощенность болезнью и т.п.). Модуль нацелен на создание условий, способствующих мотивации к изменению и к движению пациента вперед в плане сохранения социальных достижений, восстановления социальных ролей. Модуль можно подключать на любом из этапов реабилитационного процесса.

Программа по реализации данного модуля представляет собой цикл занятий, проводимых в режиме от одного до нескольких раз в неделю в формате группы. Процедура вмешательства включает 4 функциональных блока, каждому

из которых отводится от одного до трех занятий. Описывается структура и содержание занятий, приводятся соответствующие учебные материалы. Предлагаемые в рамках модуля учебные материалы – служат пациенту визуальной опорой и поддержкой, подкрепляют обсуждение и помогают проработать материал глубже. Шкалы, приводимые в учебных материалах, используются исключительно как стимул для последующего обсуждения на занятии группы, а не как объективная мера того или иного качества или навыка пациента.

Выводы. Анализ современного состояния проблемы мотивирующих вмешательств при шизофрении показал, что оптимальное сочетание факторов внешней и внутренней мотивации делает возможным их взаимно подкрепляющий эффект – в плане активного вовлечения пациентов в психосоциальные реабилитационные мероприятия.

Полученные результаты практической валидизации «Модуля формирования мотивации к реабилитации» – подтверждают правомерность утверждения о том, что мотивационные процессы больных шизофренией, актуализирующиеся в ситуации работы по данному модулю, податливы и динамичны, реагируют на определенные «ключи» или стимулы, заложенные в формат групповых занятий.

Опыт проведения цикла групповых занятий в рамках психосоциальной реабилитации больных шизофренией по данному модулю в условиях дневного стационара ПНД показал – в формате группы осуществлялось воздействие, складывающееся из внешних побудительных воздействий на пациента и из разного рода мотивационных взаимодействий пациентов в группе (эмоциональное заражение и увлечение, мотивирующий диалог и др.).

Заключение. В настоящее время изучается возможность клинико-психологической оценки мотивации пациента к психосоциальной реабилитации. Её количественные и качественные характеристики будут оцениваться блоком методик, что потребует дополнительной четкой операционализации. Принципы диагностики будут далее структурированы по параметрам: «объект» и «методы» диагностики. Объектом диагностики, в первом приближении, представляется энергетическая составляющая мотивации, а также такие характеристики как «трансляция» мотивов в деятельности (есть ли переход к действию), оценка ресурсов (степень реалистичности), способы совладания и т.п.

Проблема оптимизации реабилитации в плане воздействия на мотивацию пациента по-прежнему актуальна. Все это диктует необходимость развивать реабилитацию в рамках доказательной медицины с использованием преимущественно групповых, структурированных и определенным образом направленных воздействий.

Литература.

Гурович И.Я. (2007). Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия, 17, 1, 5-9

Гурович И.Я., Семенова Н.Д. (2007). Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия, 17, 4, 78-86.

Семенова Н.Д. (2009). Мотивационные факторы и психосоциальная терапия шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия, 19, 2, 76-83.

Семенова Н.Д. (2010). Психосоциальная методика для мотивирования пациентов // Социальная и клиническая психиатрия, 20, 1, 52-64.

Семенова Н.Д. (2012). Повышение уровня мотивации при шизофрении: использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции // Социальная и клиническая психиатрия, 22, 1, 80-88.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

Е.Г. Семеняк

НИИ детской курортологии и физиотерапии, Евпатория, Республика Крым

Проблема профилактики туберкулеза – одна из важнейших медикосоциальных проблем системы здравоохранения и педиатрии в условиях современной эпидемиологической ситуации по туберкулезу у детей.

Целью работы явилось изучение организации и эффективности санаторно-курортного лечения детей группы риска по туберкулезу в общесоматических санаториях.

Основным методом раннего выявления инфицирования и заболевания у детей остается туберкулиновая диагностика (проба Манту).

Группу повышенного риска по заболеванию туберкулезом составляют дети и подростки с хроническими заболеваниями легких с виражом туберкулиновых реакций, с гиперергическими и нарастающими туберкулиновыми пробами. В системе мер профилактики и медицинской реабилитации данной категории больных важным звеном является санаторно-курортный этап. Основной задачей санаторно-курортного этапа реабилитации детей группы риска по туберкулезу, является общее укрепление здоровья, повышение неспецифической и иммунологической резистентности организма, улучшение состояния функциональных систем.

В группе обследуемых 120 детей, с рецидивирующим бронхитом положительная реакция Манту с диаметром инфильтрата до 10 мм была у 31,8%, более 10 мм - у 68,2% детей.

Проведенные обследования состояния кардиореспираторной, вегетативной нервной системы, нейрогуморальной регуляции, гематологических данных в зависимости от выраженности реакции на туберкулин, позволили выявить различия по данным функциональных показателей, как в исходном состоянии, так и в эффективности санаторно-курортного лечения, более значимые у детей с выраженной реакцией. Состояние адаптационно-компенсаторных возможностей оценивались методом вариабельности сердечного ритма и показателям крови по Л.Х Гаркави, учитывались для дифференцированного назначения санаторно-курортных комплексов детям повышенного риска

заболевания туберкулезом. Под влиянием санаторно-курортного лечения с применением процедур общего воздействия (дифференцированного бальнеолечения), процедур сегментарно-рефлекторного воздействия в виде гальваногразелечения или электрофореза рапы, а также ингаляционной терапии на фоне климатолечения, ЛФК, массажа отмечена положительная динамика клинико-лабораторных и функциональных показателей. Детям с выраженной симпатикотонией или ваготонией, асимпатикотоничекой реакцией на орто-клиностатическую пробу, реакцией стресса, переактивации, повышенной активации по показателям крови, показано щадящий климато-двигательный и лечебный режим. Детям с нормотоническим типом вегетативной нервной системы, адекватной реакцией на орто-клиностатическую пробу, реакцией спокойной активации по показателям крови показаны процедуры общего воздействия.

Выводы.

1. Санаторно-курортное лечение детей с рецидивирующим бронхитом и положительной реакцией на туберкулин является важным этапом профилактики заболевания туберкулезом.
2. Назначение лечебных факторов должно быть дифференцированным с учетом состояния адаптационно-компенсаторных возможностей организма ребенка.

ДЫХАТЕЛЬНОЕ УПРАЖНЕНИЕ, НЕМЕДЛЕННО СНИЖАЮЩЕЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Е.П. Сидоров, К.Е. Сидорова
НИИ Спортивной медицины РГУФКМиТ, Москва, Россия

В литературе известны дыхательные методики, снижающие артериальное давление (дыхание по Стрельниковой и Бутейко).

Данное исследование проводилось на 20 мужчинах и 15 женщинах в возрасте от 46 до 84 лет, страдающих гипертонической болезнью разной степени. Все пациенты применяли гипотензивные препараты разных групп, которые были им назначены лечащими их врачами. Артериальное давление измерялось на правой руке по методу Короткова автоматическим тонометром фирмы Omron.

При обнаружении артериального давления выше 140/90 пациенты принимали гипотензивные препарат и проводили нижеописанное дыхательное упражнение и дышали так до тех пор, пока не начинал действовать гипотензивный препарат, который был назначен им лечащим врачом.

Дыхательное упражнение проводится в положении сидя, с выпрямленной спинной. Вдох разделяется на две фазы:

1. Вдох осуществляется за счет движения диафрагмой, при этом во время вдоха происходит выпячивание живота. Для того чтобы научиться этой фазе вдоха пациент клал на живот руку, чтобы почувствовать движение живота вперед.
2. Во время следующей фазы вдоха, вдох осуществлялся за счет движения грудной клеткой до максимально возможного объема.

После секундной паузы на вдохе следовал нормальный выдох, после чего следовала пауза на выдохе, до тех пор, пока не возникала необходимость во вдохе. Пауза продолжалась обычно от 5 до 10 сек.

Через 1 мин после начала описанного выше дыхательного упражнения давление снижалось на 25 ± 5,9 мм.рт.ст. ($p<0,001$) (здесь и далее в качестве доверительного интервала бралась величина стандартного статистического отклонения). При переходе на обычное дыхание артериальное давление возвращалось к исходному давлению через 1 - 2 мин.

Этот эффект данного дыхательного упражнения можно объяснить увеличением присасывающего действия грудной клетки при ее расширении, что увеличивает венозный возврат. В результате артериальное давление несколько снижается. Этот прием можно использовать при резком повышении артериального давления при приеме гипотензивных средств до момента начала их действия, чтобы снизить вероятность повреждения сосудистого русла высокой гидростатической нагрузкой.

Пауза после выдоха оказалась важна для того, чтобы снизить образование эритроцитарных сладжей. Микроскопия раздавленной капли крови, полученной из пальца, показала, что без паузы после выдоха у большинства пациентов наблюдалось образование эритроцитарных сладжей, которые могут нарушить капиллярное кровоснабжение в органах и тканях. В случае, если применялась пауза на выдохе, эритроцитарные сладжи не образовывались. По-видимому, этот эффект связан с накоплением углекислого газа в крови во время паузы после выдоха, что изменяет pH крови, от которого зависит процесс слипания эритроцитов.

Выводы.

1. Артериальное давление можно быстро снизить за счет описанного дыхательного упражнения.
2. Эффект данного упражнения не стоек, поэтому его можно применять при повышенном артериальном давлении сразу после приема гипотензивных средств, до снижения ими артериального давления за счет их действия.
3. Пауза после выдоха снижает вероятность образования эритроцитарных сладжей.

КОЖНЫЕ ЗОНЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ ПОВЫШЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН

Е.П. Сидоров, К.Е. Сидорова
НИИ Спортивной медицины РГУФКМиТ, Москва, Россия

Массаж широко используется для лечения нарушения регуляции артериального давления . Нервная система активно участвует в регуляции артериального давления. Биологически активные вещества в различных участках кожи раздражают нервные окончания, что приводит к потоку нервных импульсов, которые могут участвовать в развитии различных патологических процессов.

Цель исследования. Найти такие зоны на коже пациентов, которые участвуют в регуляции артериального давления.

Методика. Данное исследование проводилось на 154 мужчинах в возрасте от 16 до 84 лет. Артериальное давление измерялось на правой руке по методу Короткова ртутным тонометром. Болевая чувствительность участка кожи измерялась методом пресометрии с помощью сжатия складки кожи специальным динамометром до появления боли. Измерение проводилось на 156 участках кожи по всему телу человека.

Результаты. Статистическая обработка результатов показала, что систолическое артериальное давление зависит от возраста и линейной комбинации чувствительности кожи в 63 зонах – f(x), уравнение регрессии имело вид: АД сист. = 141 + 0,59*возраст + f(x), коэффициент корреляции R= 0,99 ($p<0.001$). Функция f(x) состоит из 63 значений, полученных с помощью пресометрии. График можно увидеть на рис.1. Подобное уравнение получилось для расчета диастолического давления АД диаст. = 62+0,68*возраст + g(x) R=99% ($p<0.001$), где f(x) и g(x) – линейная комбинация полученных 52 данных пресометрии.

Коэффициенты в уравнении регрессии имели положительное и отрицательное значение. Если коэффициент имеет отрицательное значение, то та зона участвует в повышении артериального давления, а если положительное то в – уменьшении.

Анализ полученных данных, указывает, что представленные здесь зоны связаны с органами, которые имеют отношение к регуляции артериального давления: мозг, сердце, почки. Нарушение кровоснабжения этих органов за счет активации симпатической нервной системы, должно вызвать увеличение гормонов, образующихся в этих органах, которые участвуют в повышении артериального давления: вазопрессин, адреналин, ренин, ангиотензин, предсердный натрийуретический пептид и др.

Воздействуя на эти зоны с помощью массажа и физиотерапевтических методов, можно снижать артериальное давление. Однако для того, чтобы это воздействие было эффективным выбранная зона должна быть активной, т.е. в ней должна обнаруживаться болезненность при пальпации кожи, например, с помощью метода «складки Киблера».

Выводы.

1. Методом многомерного статистического анализа обнаружены кожные зоны, участвующие в рефлекторной регуляции систолического и диастолического артериального давления.
2. Используя данную информацию можно с помощью физиотерапевтических методов регулировать систолическое и диастолическое артериальное давление у мужчин.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Л.В. Смекалкина, А.И. Мельников
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение. У 50% женщин в климактерическом периоде имеют место выраженные вегетативные и психические проявления. Длительное течение тревожно-депрессивного синдрома, осложненное соматизацией, приводит к существенной десоциализации лиц трудоспособного возраста; требует длительного приема психотропных препаратов, что часто способствует развитию лекарственной зависимости, резистентности и т д. В связи с этим, возрастает интерес специалистов к методам нелекарственной терапии, в том числе аппаратной.

Цель. Изучение эффективности психокоррекционных методов с использованием современной медицинской техники в системе реабилитации пациенток с невротической депрессией. Материал и методы исследования. Обследовано 105 пациенток, ср. возраст 45 л, были распределены на 4 сопоставимые гр. 1-ая гр. (27 чел) получала терапию антидепрессантами (АД) – венлафаксином и эсциталопрамом в терапевтических дозах. 2-ая гр. (23 чел) проходили курс интегративной психотерапии (ИПТ) на фоне приема АД, 2 сеанса в неделю. 3-ей гр. (27 чел) был дополнительно к АД назначен курс биологической обратной связи (БОС). Использовали приложения программного обеспечения Stabip/WinPatientExpert с включением визуального и акустического каналов и стабилометрическую платформу в течение 10-15 мин, ежедневно, курсом 7-10 занятий. 4-ая гр. проходила курс цвето- импульсной терапии (ЦИТ) в сочетании с ИПТ и приемом АД (28 чел.). Сеансы проводили индивидуально портативным аппаратом Меллон (Медтехпрокор, Россия). Воздействовали импульсным электромагнитным излучением в диапазоне видимого света через глаз 10 мин., 15 процедур. Оценка проводилась до начала, на 14, 28 и 56 день терапии; использовали: психодиагностический; клинико-психо-физиологический метод, направленный на измерение восприятия, сенсомоторных реакций и работоспособности. Результаты. Положительная динамика после завершения полного курса отмечена во всех группах ($p<0,05$). У 1 гр отмечалась редукция депрессивной симптоматики в 43% случаев. По

сравнению с 3-ей и 4-ой гр, 2-ая гр (ПТ + АД) характеризовалась более медленным нарастанием терапевтического эффекта (ТЭ). Однако по сравнению с 1-ой гр. наблюдалась стойкая редукция симптоматики к концу курса у 57% 2-ой гр. 3-я гр. показала высокую скорость нарастания ТЭ уже к 14 дню, редукцию депрессивной симптоматики в 64% случаев. Отмечена положительная динамика большинства психофизиологических показателей, сенсо-моторных функций и профессионально важных качеств на 43%. Достоверно лучшие показатели выявлены у пациенток 4 гр., за исключением скорости восприятия времени, где лучшие результаты были в 3 гр.($p<0,05$). К концу терапии женщины, которым проводили усовершенствованный курс лечения, в 2,5 раза реже предъявляли тревожно-депрессивные жалобы, чем получавшие только АД. Оптимизация когнитивных функций отмечена у 48% пациенток основных групп по сравнению с 37% лиц 1-ой гр.

Заключение. Разработанные схемы комплексного применения рутинной терапии и нелекарственных методов с использованием современных достижений медицинского приборостроения позволяют повысить эффективность лечения пациенток с тревожно-депрессивными расстройствами в климактерическом периоде на 37,3%. Наиболее результативным (76,4%) оказался комплекс, включающий ЦИТ и ИПТ на фоне фармакотерапии за счет взаимного потенцирования эффекта. Применение передовых технологий в области аппаратной психокоррекции оптимизирует результаты лечения устойчивых к стандартному подходу нарушений, значительно увеличивая объем психофизических резервов пациентов с невротическими депрессиями за счет системного воздействия на механизмы гомеостаза.

ТРЕНИНГ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Л.В. Смекалкина, С.А. Шевцов, А.И. Мельников, О.Я. Брежнева
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение. Методы нелекарственной и комплексной терапии депрессивных расстройств непсихотического уровня, в последние годы изучаются очень активно в нашей стране и во всем мире [1, 4, 5, 7-12].

Используемые для лечения так называемых «невротических, непсихотических депрессий» высокоэффективные синтетические антидепрессивные средства зачастую приходится отменять или заменять из-за побочных эффектов, которые, в свою очередь, также требуют терапии [1, 2, 6, 7]. При этом часто отмечается недостаточная эффективность стандартно применяемого симптоматического лечения, что может приводить далее к хронизации депрессивных расстройств в виде различных заболеваний педиатрического (терапевтического) профиля (т.н. психосоматических) [1, 2, 6, 7, 11, 12-14]. Именно поэтому комплементарные нелекарственные методы лечения, вследствие их особенностей [4, 5, 6, 7, 8] и, в частности, психотерапия, аутотренинг и применение игрового тренинга биообратной связи (БОС-тренинг) при депрессивных расстройствах привлекает внимание все большего числа как врачей, общей и семейной практики, терапевтов, так и психотерапевтов, неврологов и психиатров.

Компьютерное игровое биоуправление позволяет значительно повысить эффективность аутотренинга и психотерапии, поскольку игровая деятельность способствует наилучшему восприятию материала. Компьютерная игра имеет ряд преимуществ по сравнению с другими электронными обучающими средствами. Во-первых, она, как и любой вид игровой деятельности, носит соревновательный характер. Во-вторых, современный уровень развития компьютерных технологий предоставляет возможность создать сложную по сюжету и привлекательную по внешнему виду игровую среду. Такая система легче воспринимается пациентами и позволяет увеличить их интерес к процессу тренинга [4, 12-14].

Целью нашей работы было сравнительное изучение эффективности БОС-тренинга двух модальностей при депрессивных расстройствах непсихотического уровня.

Пациенты и методы исследования

Исследование степени эффективности краткосрочной интегративной игровой психотерапии проводилось в виде методов: БОС-стабилотренинга с использованием тренажёра «ST-150» ООО «Биомера» и БОС-кардиотренинга с помощью аппарата «Кардио-БОС» ООО «Биоквант» на фоне аутогенной тренировки [2, 7, 9, 11, 12]. Оба варианта БОС-тренинга и аутотренинг применялись пациентами в домашних условиях в течение 4-х недель 2 раза в день по 40 минут.

Нами проводилось также клиническое обследование с оценкой психического статуса на момент первичного осмотра и в динамике с использованием стандартизованных оценочных шкал: шкалы общего клинического впечатления (Clinical global impression, CGI), шкалы оценки депрессии Гамильтона (HAMD-17).

В исследования были включены 65 пациентов с диагнозами по МКБ–10: реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации F43, пролонгированная депрессивная реакция, F43.21 и лёгкий депрессивный эпизод, без соматических симптомов F32.00, с соматическими симптомами F 32.01.

Количество баллов по шкале HAMD-17 составляло от 8 до 16 баллов, что соответствует легкой степени депрессивного нарушения – minor depressive disorder.

Все исследуемые больные были в возрасте от 12 до 55 лет, средний возраст – 19,2±2,7 лет, из них лиц мужского пола – 39 (60%), женского – 26 (40%). Они были разделены на две группы: первая - применение БОС-стабилотренинга при непсихотической депрессии и вторая - коррекция депрессивных симптомов с помощью БОС-кардиотренинга.

Пациенты первой (34 человека, 52,3%) и второй (31 исследуемый, 47,7%) группы все завершили полный курс лечения в течение 28 дней.

Эффективность применения БОС-терапии оценивали по степени редукции депрессивной симптоматики: у «респондеров» было снижение показателей шкалы Гамильтона HDRS-17 в 50% и более и у «нон-респондеров» положительная динамика составляла менее 25-49%.

Результаты исследования. Ко второй неделе терапии количество респондеров в первой группе составило 18 (52,9%), а во второй – 16 (51,6%) пациентов.

На 28 день лечения также не выявились различия между группами по шкале оценки депрессии Гамильтона (p>0,05). Количество респондеров в первой группе составило 34 (100%), а во второй – 31 (100%) пациент.

Также к четвертой неделе терапии были не были выявлены различия в эффективности лечения между группами, кроме показателя «умеренного улучшения» депрессивной симптоматики, но который также являлся недостоверным (p>0,05).

Данные катамнеза, собранные у 42 (64,6% от общего числа пациентов обоих групп) пациентов через 6 месяцев, показали клиническое отсутствие симптомов депрессии по шкале HDRS-17 и опроснику Цунга у 38 (90,5%) пациентов. У 4 (9,5%) пациентов (по 2 из обоих групп) была обнаружена легкая степень депрессии (minor depressive disorder) и все они в начале терапии имели диагноз «пролонгированная депрессивная реакция, вызванная расстройством адаптации», т.е. хроническим дистрессом. Вероятно, именно данный вид психогении, как недостаточно скорректированный психосоциально, показал повторное проявление аффективного нарушения у данных пациентов.

Выводы. Полученные в данном исследовании результаты исследования свидетельствуют о достаточной эффективности применения игрового БОС-тренинга на фоне аутогенной тренировки, как с помощью стабилоплатформы «ST-150», так и аппаратно-программного комплекса «Кардио-БОС».

Литература.

1. Зилов В.Г. Современные представления о лечебных механизмах методов восстановительной медицины // Вестник восстановительной медицины. – 2009. – №1. – С. 12-16.
2. Кубряк О.В., Гроховский С.С. Практическая стабилометрия. Статистические двигательно-когнитивные тесты с биологической обратной связью по опорной реакции. – М. ИПЦ Маска, 2012. – 88 с.
3. Низова А.В. Лечение больных психогенными депрессиями с использованием метода биологической обратной связи: Дисс... к.м.н. - М., 2006. - 169 с.
4. Шевченко Ю.С. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков. – СПб. Речь, 2003. – 552 с.
5. Linden D.E., Habes I., Johnston S.J., Linden S., Tatineni R., Subra-manian L., Sorger B., Healy D., Goebel R. Real-time self-regulation of emotion networks in patients with depression. PLoS One. 2012;7(6):e38115.
6. Peeters F., Oehlen M., Ronner J., van Os J., Lousberg R. Neurofeed-back as a treatment for major depressive disorder - a pilot study. PLoS One. 2014 Mar 18;9(3):e91837.
7. Peira N., Fredrikson M., Pourtois G. Controlling the emotional heart: Heart rate biofeedback improves cardiac control during emotional reac-tions. Int J Psychophysiol. 2014 Mar; 91(3):225-31

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СЕРИАЛОВ НА СТУДЕНЧЕСКУЮ МОЛОДЕЖЬ

Д.Ю. Соболева
Институт педагогики и психологии, Архангельск, Россия
ФГАОУ ВПО Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова, Архангельск, Россия

Компьютеризация современного общества, внедрение IT-технологий во все сферы человеческой жизни ведет к компьютерной зависимости молодежи (Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю., 2006). С развитием компьютерных технологий в России наблюдается рост сериалозависимых лиц.

С целью изучения особенностей влияния сериалов на студенческую молодежь, проведено обследование 30 студентов 2 курса Института педагогики и психологии и Института естественных наук и биомедицины САФУ имени М.В. Ломоносова, из них: 50% - юноши, 50% - девушки (средний возраст 19±0,7 лет). Использованы: методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП) и разработанная нами анкета «Оценка степени увлеченности молодежи от сериалов», математико-статистическая обработка данных.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что более половины студентов предпочитала пассивный вид досуга, который сопровождался просмотров сериалов с превалирующим жанром – комедии, детективы, фантастика. 1/3 обследуемых характеризовались выраженной установкой на слабость волевого контроля эмоциональных реакций. У половины обследованных выявлены признаки сериалозависимости, при этом девушек среди них было чуть больше чем юношей. Среди психологических особенностей девушек с признаками сериалозависимости выявлены нарушение сна, раздражительность, чрезмерная плаксивость, подавленное настроение, страх закрытых помещений, сноговорение; у юношей с признаками сериалозависимости – нарушение сна, раздражительность, нервозность, забывчивость, подавленное настроение, что может свидетельствовать о негативном влиянии сериалов на психическое состояние здоровья студентов. Установлено, что студенты с признаками сериалозависимости испытывали острую нехватку времени на подготовку к практическим, лабораторным и другим видам аудиторных занятий, что в целом отражалось на процессе обучения и академической успеваемости. Стоит отметить, что признаки сериалозависимости наблюдались преимущественно у студентов из полных семей, проживающих в благоустроенном секторе по сравнению со студентами, проживающими в общежитии и в неблагоустроенном секторе, что может говорить о наличие большого количества свободного времени, которое тратилось на просмотр сериалов.

Выводы. Установлено, что сериалы оказывали негативное влияние на психическое здоровье студенческой молодежи. Психологические особенности, выявленные у студентов с признаками сериалозависимости, могут быть маркерами для выявления лиц с сериалозависимостью, что в целом может быть использовано для разработки мер профилактического, коррекционного и реабилитационного воздействия.

ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

М.М. Солтан, А.Р. Володькина
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Здоровье относится к базовым ценностям личности. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью и выбор приемлемых способов его поддержания достаточно актуален для выпускников медицинского ВУЗа, так как именно им принадлежит ведущая роль в пропаганде медицинских знаний и осуществлении профилактических мероприятий среди населения. Поэтому целью настоящей работы стало изучение динамики формирования здоровьесберегающего поведения в процессе профессиональной подготовки студентов медицинского ВУЗа. В задачи работы входило изучение состояния здоровья студентов и оценка наличия факторов риска формирования «нездоровья».

Материалы и методы. Проведено панельное социологическое исследование поведенческих факторов риска среди 181 студента вначале на 3 курсе, затем на 6 курсе. Обработка полученных данных проводилась с использованием MS Excel.

Результаты собственных исследований. По данным анкетирования в шкале жизненных ценностей студентов медицинского ВУЗа независимо от возраста лидирует здоровье. К выпускному курсу в иерархии жизненных ценностей больше внимания уделяется семье и душевному комфорту, чем интересной работе. Первостепенное значение среди составляющих здорового образа жизни опрошенные отводят правильному питанию, затем следуют отказ от вредных привычек и полноценный отдых, достаточная физическая активность и взаимопонимание в семье и на работе. По мере получения медицинского образования больше внимания уделяется организации собственного питания. Шестикурсники чаще соблюдают умеренность в питании, стараются принимать пищу не менее 3 раз в день, стремятся разнообразить свой рацион. К выпускному курсу несколько снижается количество студентов, которые «питаются, как придется» с 20% до 14%. В процессе получения медицинского образования среди студентов растет саморазрушающее и рискованное поведение. Курение распространено среди трети респондентов и во времени эта когорта практически стабильна. Увеличивается количество потребителей несколько раз в месяц пива и легких вин, а также крепких спиртных напитков. К выпускному курсу опыт случайных сексуальных связей был у 30% опрошенных. Индикатором реализации студентами валеологических знаний на практике является состояние их собственного здоровья. По результатам анализа анкет в процессе учебы растет число студентов, имеющих хронические заболевания (с 24% до 50%). Среди выпускников у 14,1% хроническая патология имеет сочетанный характер. В структуре патологии лидируют нарушения зрения (50%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (20,3%) и нарушения со стороны дыхательной системы (17,2%), в причинных факторах возникновения которых, ведущую роль играет поведенческий фактор.

Выводы. Таким образом, рейтинг здоровья в иерархии жизненных ценностей и приоритетов будущих врачей занимает лидирующие позиции. Вместе с тем, несмотря на достаточно высокую информированность студентов-медиков, у половины из них отсутствует устойчивая мотивация к сохранению собственного здоровья и, как следствие, имеется ряд поведенческих факторов риска, оказывающих неблагоприятное влияние на состояние их здоровья. В связи с этим, совершенствование подготовки студентов в медицинском ВУЗе по вопросам формирования здорового образа жизни является реальным способом первичной профилактики заболеваний в студенческой среде.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ

Н.В. Соколова, Н.В. Бурчакова
ФГБОУ ВПО Воронежский государственный педагогический университет, Воронеж, Россия

Недостаточное питание в детском и юношеском возрасте отрицательно сказывается на показателях физического развития, заболеваемости, успеваемости. Рацион питания современных школьников характеризуется дефицитом полиненасыщенных жирных кислот, недостаточностью ряда минеральных веществ и микроэлементов.

В нашем исследовании принимало участие 74 школьника в возрасте 13-17 лет, учащихся 7-11 классов МБОУ СОШ №15.

Основные методы. Анкетирование, беседа, наблюдение, статистическая обработка данных. Цель исследования заключалась в том, чтобы изучить и оценить фактическое питание учащихся, разработать пути оптимизации питания детей школьного возраста, направленные на профилактику заболеваний пищеварительной системы.

Анализ ответов учащихся показал, что большинство подростков не соблюдают режим питания (78,3%). Нами выявлена выраженная несбалансированность рациона питания детей школьного возраста. Пищевые предпочтения подростков не отвечают принципам рационального питания. Практически все микронутриенты поступают в организм

школьника с мучными изделиями, молоком и картофелем. Так, мучные изделия ежедневно употребляют 54,1%, а 27% включают выпечку в свой рацион два-три раза в неделю; молоко и молочные продукты ежедневно или два-три раза в неделю употребляют 46% и 32,4% соответственно; картофель – 24,3% и 52,4%. В рационе детей и подростков редко присутствуют такие продукты как рыба (73%), бобовые (59,5%), каши (37,9%). Стиль питания и пищевые предпочтения, сформированные в раннем возрасте, остаются на долгие годы. От того, что и как ребенок регулярно ест, будет во многом зависеть его здоровье и умственные способности. Кроме того, выработка и развитие здоровых пищевых привычек уменьшает риск развития некоторых опасных заболеваний (ожирение, стенокардия, сахарный диабет 2-го типа и др.) Ребенок, вероятнее всего, и во взрослой жизни останется верен сформированной в детстве привычке получать удовольствие от потребления полезных продуктов. Точно так же, привыкнув к нездоровой пище, ребенок, став взрослым, наверняка сохранит свои предпочтения. Поэтому очень важно привить школьнику привычку правильно питаться.

Анализируя данные об информированности подростков о возможных заболеваниях, вызванных неправильным питанием, мы получили следующие данные: респонденты считают, что неправильное питание может вызвать гастрит (81%), язву (62,1%), ожирение (13,5%), проблемы с желудком (8,1%), панкреатит (5,4%), диабет (2,7%). При этом 19% подростков не знают никаких заболеваний, развитие которых может быть спровоцировано неправильным питанием. Исходя из полученных данных, можем сделать вывод, что информативность школьников о проблемах в состоянии здоровья, связанных с питанием остается низкой. Необходимо проводить работу со школьниками и их родителями по вопросам основ здорового питания и внедрять практические рекомендации в школьную среду.

Нами был разработан элективный курс «Правильное питание – залог здоровья», который апробирован в среде учащихся 10-11 классов. Он относится к предметно-ориентационному типу, включает в себя 16 занятий. Курс носит обучающий, развивающий и социальный характер; является необходимым для учащихся старшей ступени, так как в результате использования личностно-ориентированной, проектной, здоровьесберегающей технологий, а также методов наблюдения и эксперимента, позволяет школьникам сделать выводы о причинах многих заболеваний, убеждает задуматься о своем здоровье и способах его сохранения, учит правильно питаться.

ИЗМЕНЕНИЕ АЛЬФА-РИТМА ГОЛОВНОГО МОЗГА У СТУДЕНТОВ ФИЗКУЛЬТУРНОГО ВУЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

И.Г. Таламова

Сибирский государственный университет физической культуры и спорта, Омск, Россия

Биоуправление является новой современной технологией, при которой нейродинамика остается доминирующей конструкцией, от успешности изменения которой зависит эффективность любого варианта биоуправления (Штарк М.Б., Тристан В.Г., 1999).

Цель данной работы. Оценить изменения биоэлектрической активности головного мозга (альфа-ритм) у студентов физкультурного вуза в зависимости от уровня и характера двигательной активности и способности произвольно регулировать альфа-ритм.

В работе проанализированы данные обследования 95 студентов СибГУФК в возрасте от 17 до 24 лет. Спортсмены имели различную спортивную квалификацию: мастера спорта, кандидаты в мастера спорта и разрядники и были представлены циклическими (лыжный спорт, легкая атлетика, велоспорт) и ациклическими видами спорта (восточные единоборства, борьба и спортивные игры). В зависимости от режима двигательной активности все обследуемые были разделены на две группы: спортсмены (4-6 тренировок в неделю) и студенты, занимающиеся физической культурой. С каждым обследуемым было проведено 14-15 сеансов ЭЭГ-БОС тренинга, направленного на повышение альфа-ритма.

ЭЭГ-БОС тренинг проводился с помощью программно-аппаратного комплекса «Бослаб-альфа». Длительность одного сеанса тренинга составляла 30 минут, в течение которого обследуемому предлагалось произвольно повысить уровень альфа-ритма, при помощи биологически обратной связи.

В соответствии с методикой И.А. Святогор (2000) все обследуемые были разделены на три экспериментальные группы, в зависимости от успешности сеанса. Успешным сеанс считался в том случае, если интенсивность альфа-ритма увеличивалась не менее чем на 15% по сравнению с исходным. Первую группу составили 29 обследуемых, из них 16 спортсменов и 13 физкультурников, с 76-77% успешных сессий. 25 человек вошли во вторую среднеуспешную группу, из них 6 спортсменов. Лица, прошедшие тренинг с низкой успешностью составили третью группу (n=41), из них 17 спортсменов. Таким образом, спортсмены и лица, занимающиеся физической культурой способны овладевать методикой произвольного повышения альфа-ритмом в равной мере.

Сравнительная характеристика значений мощности альфа-ритма первого сеанса внутри экспериментальных групп выявила наиболее низкие величины в группах физкультурников и высокие значения в третьей экспериментальной группе. Сравнение средних значений мощности альфа-ритма после курса ЭЭГ-БОС тренинга показало увеличение показателя с максимальными величинами в первой и второй экспериментальных группах, как у физкультурников, так и у спортсменов.

Наиболее выраженный линейный характер увеличения значений мощности альфа-ритма в течение курса нейробиоуправления наблюдался у спортсменов и физкультурников первой экспериментальной группы и физкультурников второй экспериментальной группы. В остальных подгруппах динамика мощности альфа-ритма имела волнообразный характер.

Проведенное исследование показало, что студенты-спортсмены и студенты, занимающиеся физической культурой способны в одинаковой степени овладеть методикой повышения мощности альфа-ритма, с наиболее выраженной успешностью при изначально более низких значениях мощности альфа-ритма.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ РИСКИ РАЗВИТИЯ ФАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СМЕРТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ПРИЧИН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО МАТЕРИАЛАМ АУТОПСИЙ

А.Л. Терехова, А.В. Зилов
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Цель. На основании анализа результатов аутопсий, проведенных в стационарах г. Москвы в 2006-2009гг., оценить риски смерти от различных причин и фатальных осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) в сравнении с общей популяцией.

Материалы и методы. Из 4321 протокола вскрытия пациентов, умерших в ГКБ №50 г. Москвы в период 2006-2009гг, отобраны материалы по всех больным с подтвержденным анамнезом СД2 (439 чел.(10,16%)), изучены фатальные осложнения и заболевания, приведшие к их смерти. Далее проведен сравнительный анализ наших результатов с аналогичными данными МОСГОРСТАТА, полученными при морфологическом исследовании тел всех умерших больных в стационарах г. Москвы 2007-2009гг - 78955 человек. Статистический анализ проведен с использованием программ Microsoft Excel 2010 и SPSS 17.0 (Chicago, Illinois). Для определения различий показателей применяли критерий Хи2. Для оценки вероятности развития события рассчитывали относительный риск (RR) с приведением 95% доверительного интервала [95% CI] и уровня значимости (p). Различия считали статистически достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Больные с СД2 достоверно чаще в сравнении с общей популяцией умирали от болезней системы кровообращения в целом – 338чел.(77,0%) vs.45586чел.(57,7%), $p<0,001$, RR 1,33 [1,26-1,40], и в частности от ишемической болезни сердца – 211чел.(48,1%) vs.20007чел.(25,3%), $p<0,001$ RR 1,89 [1,71-2,09], от инфаркта миокарда - 83чел.(18,9%) vs.10739чел.(13,6%), p=0,001 RR 1,39 [1,13-1,69], от церебро-васкулярной болезни - 154чел.(35,1%) vs.20084чел.(25,4%), $p<0,001$ RR 1,38 [1,20-1,56], а также от ишемического инсульта - 89чел.(20,3%) vs.11725чел.(14,8%), p=0,001 RR 1,36 [1,12-1,65]. Кроме того смерть больных с СД2 наступала чаще ($p<0,001$) от ишемической болезни кишечника - 19чел.(4,3%) vs.1287чел.(1,6%), RR 2,65 [1,65-4,19], от желчно-каменной болезни - 12чел.(2,7%) vs.469чел.(0,59%), RR 4,60 [2,48-8,25], от хронического панкреатита - 5чел.(1,14%) vs.104чел.(0,13%), RR 8,65 [3,12-21,78], и пиелонефрита - 18чел.(4,1%) vs.1034чел.(1,3%), RR 4,1 [1,92-5,00]. Группы не различались (p=0,05; RR=1) по частоте приведших к смерти геморрагического инсульта (26чел.(5,9%) vs.4971чел.(6,3%)), злокачественных опухолей (67чел.(15,3%) vs.10240чел.(13,0%)), хронической обструктивной болезни легких (8чел.(1,8%) vs.1264чел.(1,6%)), язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки (3чел.(0,6%) vs.938чел.(1,2%)), а также неалкогольного цирроза печени (9чел.(2,0%) vs.1565чел.(2,0%)). Для больных с СД2 характерен больший риск развития таких осложнений, как пневмония - 138чел.(31,4%) vs.4023чел.(7,37%), $p<0,001$ RR 4,26 [3,67-4,9], ТЭЛА - 100чел.(22,8%) vs.3481чел.(6,38%), p=0,000 RR 3,53 [2,93-4,21], желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) - 36чел.(8,2%) vs.2801чел.(5,14%), p=0,005 RR 1,59 [1,14-2,19], а также перитонит - 28чел.(6,37%) vs.1462чел.(2,68%), $p<0,001$ RR 2,38 [1,62-3,44].

Выводы. Для больных СД2 характерна не только повышенная в сравнении с общей популяцией смертность от болезней системы кровообращения, но и увеличение риска летального исхода от ряда заболеваний желудочно-кишечного тракта и пиелонефрита, а также осложнение течения основного заболевания развитием пневмонии, ТЭЛА, ЖКК и перитонита. В связи с этим, наряду с адекватным контролем СД, коррекцией факторов сердечно-сосудистого риска, необходимы своевременные диагностика и лечение некардиальной сопутствующей патологии. Аутопсия является объективным методом получения достоверной информации о структуре смертности населения.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ИММУНИТЕТА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ОТВЕТ НА ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

Т.И. Терехова, Д.В. Терехов, М.Ж. Еспенбетова, Т.М. Беляева
Медицинский центр ГМУ, Семей, Республика Казахстан
Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

В последние годы на здоровье человека оказывает большое отрицательное воздействие неблагоприятные экологические факторы. Одной из систем, чутко реагирующей на вредоносное влияние окружающей среды является периферическая кровь. Комплексная оценка адаптационных возможностей организма ребенка и поиск мер по оздоровлению населения в условиях Казахстана приобретает особую значимость, так как большая часть территории республики относится к зонам экологического бедствия. Цель работы: изучить особенности параметров периферической крови у здоровых детей города Семей в возрасте от 1 года до 14 лет. Материалы и методы. Проанализированы более 2500 гемограмм. Гематологические показатели сравнивались с возрастными границами нормы, принятыми в детской гематологии. Для сравнительной характеристики были взяты показатели

периферической крови городов Санкт-Петербурга и Алматы, принятые в качестве нормативных. Полученные результаты. Анализ состояния периферической крови здоровых детей г.Семей указывает на достоверное уменьшение основных показателей красной и белой крови. Уровень среднего содержания гемоглобина у детей от 1 года до 14 лет г.Семей был снижен до 125±0,15 г/л (согласно нормативам: Санкт-Петербург - 129 г/л, Алматы - 139 г/л). Среднее содержание эритроцитов у здоровых городских детей составило 3,88±0,01·1012/л (согласно нормативам: Санкт-Петербург - 4,4х1012г/л, Алматы - 4,1х1012г/л соответственно). Белая кровь характеризовалась лейкопенией - 5,1х109 г/л (согласно нормативам: Санкт-Петербург - 7,3х109 г/л, Алматы - 6,85х109 г/л). Выявлена абсолютная лимфопения (2,21±0,03*109/л у детей от 1 года до 14 лет). При исследовании состояния основных показателей клеточного и гуморального иммунитета у здоровых детей г.Семей выявлено снижение относительных и абсолютных значений параметров клеточного иммунитета (СД3+) у детей 13-14 лет - 0,69±0,05?109/л, при норме – 1,5±0,03?109/л. Наиболее низкая концентрация иммуноглобулинов G и A у здоровых детей установлена в возрасте 4-6 лет – 10,32±0,61 и 1,40±0,08 г/л, концентрация IgM в 1-3 года – 0,50±0,04. Выводы. Выявленные особенности реакции красной и белой крови и динамики показателей иммунной системы у здоровых детей являются специфическими для детей данной экологической зоны, что позволяет проводить оценку основных параметров периферической крови в различных клинических ситуациях.

СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Т.Н. Терехова, Е.И. Мельникова
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Кариес зубов в настоящее время является одним из наиболее распространенных заболеваний человека и возникает вследствие деминерализации эмали органическими кислотами, которые вырабатывают микроорганизмы зубного налета из углеводов пищи. Недостаточная гигиена полости рта способствует кариозному разрушению зубов и развитию заболеваний тканей периодонта. Эпидемиологические исследования, проведенные с периодичностью раз в пять лет, позволяют оценить динамику стоматологических заболеваний и эффективность реализации программ профилактически кариеса зубов и болезней периодонта. Согласно данных эпидемиологического стоматологического обследования детского населения Республики Беларусь, проведенного в 2008 году, значение гигиенического индекса OHI-S у детей 6-летнего возраста составило 1,0, 12-летнего – 1,05, 15-летнего – 0,96 и оценено как удовлетворительная гигиена полости (Терехова Т.Н. и соавт., 2009).

Цель исследования. Оценить состояние гигиены полости рта у детей в возрасте 6, 12 и 15 лет Республики Беларусь.

Материал и методы. Нами оценена гигиена полости рта по индексу OHI-S у 1080 детей. Обследование проводилось в 6 областных городах республики. Каждую возрастную группу составили 60 школьников (по 30 мальчиков и девочек). Осмотр полости рта проводился в условиях стоматологического кабинета с помощью набора стоматологического инструментария (стоматологическое зеркало, зонд). Данные обследования регистрировались в модифицированной карте ВОЗ.

Результаты. Нами установлено, что у 6-летних детей значение индекса OHI-S колебалось от 1,00±0,02 в городах Гродно и Могилеве до 1,30±0,01 в городе Витебске. В городе Минске значение индекса у детей в возрасте 6 лет составило 1,15±0,03, в городе Гомеле – 1,20±0,02, в городе Бресте – 1,25±0,03, а в среднем по республике - 1,15±0,02. Минимальное значение индекса гигиены у 12-летних школьников составило 0,85±0,01 в городе Гродно, а максимальное 1,6±0,03 в городе Минске. В городе Могилеве гигиена полости рта по индексу OHI-S составила 0,95±0,02, в городе Гомеле – 1,0±0,02, в городах Бресте и Витебске – 1,35±0,04. В среднем по республике значение индекса OHI-S у детей в возрасте 12 лет составило 1,18±0,02. Анализ состояния гигиены полости рта у 15-летних детей показал колебание значения индекса OHI-S от 0,88±0,02 в городе Гродно до 1,45±0,05 в городе Витебске. В городах Гомеле и Могилеве значение гигиенического индекса составила 0,95±0,02, в городе Бресте – 1,3±0,02, в городе Минске – 1,35±0,03. Среднее значение индекса OHI-S у 15-летних школьников республики составило 1,15±0,04.

Выводы. Проведенное исследование показало увеличение значений показателей гигиенического индекса OHI-S у детей Республики Беларусь во всех обследованных возрастных группах за пятилетний период, а состояние гигиены полости рта соответствует удовлетворительному критерию оценки.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ ПРИ ПРОФИЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ

К.Т. Тимошенко
ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Профилизация и интенсификация школьного образования в настоящее время определяют перспективу развития системы образования в целом. Профильная довузовская подготовка направлена на повышение уровня базовых школьных знаний; формирование у будущих абитуриентов профессиональной ориентации, стойкой мотивации осознанного выбора профессии; на последующую благоприятную адаптацию к условиям обучения в вузе. Интенсификация обучения в ряде случаев сопровождается ухудшением показателей физического развития, повышением заболеваемости обучающихся.

Актуальность исследования определяется необходимостью разработки научных основ формирования здорового образа жизни, охраны здоровья школьников на завершающем этапе школьного образования.

Цель работы. Оценить с физиолого-гигиенических позиций организацию и условия профильного обучения в медико-биологических классах, особенности формирования здорового образа жизни старшеклассников — будущих абитуриентов и разработать рекомендации по профилактике функциональных отклонений и хронических заболеваний у учащихся.

Материал и методы. Обобщены результаты физиолого-гигиенических и психолого-педагогических исследований школьников 10-11 профильных медико-биологических классов комплексов «школа-вуз» при Первом МГМУ имени И.М. Сеченова за последние 10 лет. Под наблюдением находились более 2500 обучающихся. Группу сравнения составили школьники общеобразовательных классов. Системно изучены организация учебного процесса, факторы среды обитания, режим дня, структура бюджета времени, суммарная учебная нагрузка (анкетирование), динамика умственной работоспособности (корректурный тест, тест дифференцированной самооценки функционального состояния - САН). Состояние здоровья школьников оценивалось методом выкопировки данных из амбулаторных карт студенческого отделения Консультативно-диагностического центра Университета. Проведена комплексная оценка состояния здоровья по данным углубленных медицинских осмотров обучающихся.

Результаты. Изучены особенности организации, условий обучения, структура бюджета времени учащихся профильных медико-биологических классов. В режиме дня доминирующим фактором является суммарная учебная нагрузка. В бюджете времени обследованных старшеклассников продолжительность школьных занятий и самоподготовки составляет в среднем 10-11 часов. На сон отводится в среднем около 7 часов в день. Характеристика состояния здоровья: к первой группе здоровья отнесены в среднем 15% обследованных школьников, ко второй группе – 40%, к третьей группе – 45%. У школьников общеобразовательных классов доля учащихся с третьей группой здоровья составила в среднем около 60%, второй группы 32%. При этом 85% опрошенных отнесли себя к числу некурящих.

Заключение. К концу учебного дня происходит достоверное снижение количественных и качественных показателей умственной работоспособности. При рациональном режиме дня и здоровом образе жизни умственная работоспособность восстанавливается к началу следующего учебного дня. В недельном цикле занятий кумуляции утомления не наблюдается. Благоприятные показатели работоспособности и успешности обучения объясняются положительной мотивацией к будущей профессии и интересом к занятиям.

ОПТИМАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ

Е.И.Торохова, Т.И.Широкова
ГБОУ ВПО Московский городской педагогический университет, Москва, Россия

Роль здорового образа жизни на различных уровнях профилактики заболеваний давно обоснована и принята как медицинским сообществом, так и населением. Пропагандой здорового образа жизни занимаются многие общественные институты: здравоохранение, образование, средства массовой информации, общественные организации и объединения. Но, несмотря на это, для значительной части населения остается неразрешенным противоречие между признанием важности здорового образа жизни и реальным его воплощением в жизнедеятельности, начиная с детства. Современные школьники, получая в школе достаточно информации об условиях и принципах сохранения здоровья, тем не менее демонстрируют высокую распространенность функциональных нарушений и заболеваний в виде той или иной формы «школьно-обусловленной патологии», где одним из факторов риска является чрезмерная учебная нагрузка, и, соответственно, нехватка времени на сон, прогулки, активный отдых, соблюдение режима питания в течение учебной недели. В свете этого представляло интерес рассмотреть, насколько рационально используется учениками вне учебное время и можно ли скорректировать бюджет времени с позиций норм здорового образа жизни. Исследование проводилось на базе гимназии 1290 Восточного административного округа г. Москвы. Цель исследования: разработка рекомендаций по оптимизации жизнедеятельности учащихся на различных ступенях обучения. Задачи исследования: изучение бюджета времени учащихся 4-х — 10-х классов, анализ соответствия отдельных компонентов режима требованиям здорового образа жизни, разработка рекомендаций по оптимизации жизнедеятельности в учебный период и во время каникул, а также обучение школьников навыкам оптимального распределения бюджета времени («тайм-менеджмент»). Материалы и методы: В работе использовались стандартные анкеты для сбора субъективных жалоб учащихся, специально разработанные опросники об отношении учащихся к здоровому образу жизни, матрицы, позволяющие им самостоятельно проводить хронометраж отдельных компонентов режима в учебные и выходные дни. Всего было опрошено 270 учащихся, что составило половину обучающегося контингента гимназии. Результаты исследования: отмечен высокий уровень субъективных жалоб учащихся, начиная с 4 класса, обусловленных неблагоприятными сдвигами в нервной и сердечно-сосудистой системах, а также нарушения со стороны пищеварительной системы. Хронометраж учебной недели, включая воскресенье, показал следующее: в течение учебной недели 17% учащихся 4 класса, 40% учащихся 5-х — 8-х классов и 62% старшеклассников спят менее 9 часов, объясняя это большим объемом домашних заданий, необходимостью дополнительных занятий с

репетитором и высокой загруженностью в учреждениях дополнительного образования — секциях, спортивных и музыкальных школах, кружках. С другой стороны, анализ данных хронометража учебной недели выявил, что время выполнения домашних заданий только у 15 % учащихся превышает нормативные показатели, а «потери времени» связаны у большинства с отсутствием четкого режима дня: значительную часть времени как в учебные, так и выходные дни учащиеся проводят с планшетами или за компьютером (игры и общение в соцсетях) — в среднем до двух — трех часов, и от класса к классу это время увеличивается. Только 32% учащихся ежедневно гуляют, остальные ограничиваются прогулками по дороге в школу и обратно. 10% учащихся не смогли указать, чем они занимались во вне учебное время. Таким образом, можно заключить, что не только чрезмерная учебная нагрузка не позволяет учащимся реализовать принципы здорового образа жизни во вне учебное время, но и отсутствие у них навыков оптимальной организации жизнедеятельности. Коррекция бюджета времени учащихся с позиций здорового образа жизни является предметом обсуждения с детьми и родителями.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЯ ЙОГОЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ СТУДЕНТОК

В.О. Третьяков, П.А. Шишкин, Ю.Л. Веневцева
ФГБОУ ВПО Тульский государственный университет, Тула, Россия

В связи со снижением интереса современной молодежи к энергозатратным видам физических упражнений, вызывающих сильную усталость, представляется актуальным изучение острых сдвигов в функциональном состоянии под влиянием нетрадиционных форм физической активности, к которым относится йога.

Целью работы явилось исследование динамики в вегетативном статусе и реактивности после занятия с включением упражнений хатха-йоги, проводимого под руководством сертифицированного преподавателя.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 4 студентки 2 курса, занимавшиеся физкультурой в основной медицинской группе. Основную часть занятия, проводившегося 16 мая 2014 года (2 подгруппы по 2 человека), составляли специально подобранные асаны и виньясы (динамические последовательности асан). Все асаны выполнялись без болевых ощущений. В процессе занятий большое внимание уделялось плавному и спокойному дыханию, чему способствовало выполнение специальных дыхательных упражнений.

Вариабельность сердечного ритма (ВСР; 5-минутная запись сидя и в активном ортостазе) изучали по данным стандартных показателей в области временного и спектрального анализа до и сразу после занятия, Функциональное обследование проведено в смежном помещении.

Результаты. У двух из 4-х студенток до занятия отмечалось «высокое» нормальное артериальное давление (АД), которое после занятия соответствовало зоне нормы (134/79. и 107/74 мм рт.ст.; 133/78 и 113/59 мм рт.ст.). У остальных девушек с исходно нормальным АД его динамики не наблюдалось (107/66 и 107/63 мм рт.ст;: 113/77 и 110/76 мм рт.ст.).

Несмотря на то, что девушки выполняли физическую нагрузку, завершившуюся аутотренингом, в 3 из 4-х случаев наблюдалось снижение исходной ЧСС, увеличился коэффициент вариабельности сердечного ритма (CV%) и снизился индекс напряжения (ИН) по Р.М.Баевскому, указывающий на снижение симпатического тонуса. У 2-х девушек с исходно сниженной общей мощностью (ТР) спектра ВСР в положении сидя она возросла после занятия, а у 2-х студенток с исходно повышенной ТР она вошла в оптимальный диапазон. Наблюдалась нормализация структуры спектра ВСР: пик относительной мощности в области диапазона VLF у 2-х студенток, свидетельствующий о повышении активности регуляции по оси «гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников» и, возможно, об умственном утомлении, переместился в область вазомоторных волн (LF). Кроме того, у 2-х студенток наблюдалось повышение относительной мощности дыхательных волн (HF), указывающее на повышение вагусных резервов адаптации.

Представляется весьма существенным обнаружение положительной динамики в показателях вегетативной реактивности на ортостаз по данным спектрального анализа ВСР у всех девушек (100%). Как известно, самым ранним признаком ухудшения функционального состояния, в том числе у спортсменов, является именно нарушение реактивности на незначительные воздействия, к которым можно отнести и активный ортостаз. Оптимизация регуляторных систем под влиянием занятий хатха-йогой позволяет прогнозировать улучшение умственной работоспособности, в том числе сокращение переходного периода врабатывания.

Таким образом, занятия йогой положительно влияют на функциональное состояние практически здоровых студенток в предсессионный период, вызывая оптимизацию АД, а также вегетативного статуса и реактивности, что обосновывает ее внедрение в университетскую образовательную среду.

ФИТОПРОФИЛАКТИКА СТАРЕНИЯ СОСУДОВ: НАРОДНЫЕ ТРАДИЦИИ

С.Н. Турищев
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Современная наука во многом связывает старение организма со старением сосудов. Существует несколько общепринятых концепций развития этих процессов. Это генетические особенности, гормональное увядание, замедление обмена веществ, агрессия свободных радикалов, болезни и нарушения функции жизненно важных органов, инфекции и патология иммунной системы, наконец, стрессы, гиподинамия, несбалансированное питание,

экологическое неблагополучие, токсические воздействия… Опыт применения лекарственных растений и иных природных факторов складывался на протяжении всей истории человечества. Однако, остаются вопросы: существуют ли четкие унифицированные рекомендации по профилактике старения сосудов, касающиеся большинства популяции; каким средствам и методам отдают предпочтение жители России?

Для анализа использованы материалы наблюдения за 46 пациентами в возрасте от 70 до 106 лет. Сроки наблюдения – от 3 до 25 лет. Все пациенты были способны в той или иной мере обслуживать себя, вели активный образ жизни. Возраст не являлся главным определяющим фактором градации по состоянию здоровья (плохое, удовлетворительное, хорошее) – в большей мере сказывались успешность лечения болезней, умение приспособиться к сложившимся обстоятельствам.

Анализ показал, что никто из наблюдаемой группы не был приверженцем некой универсальной теории оздоровления. Общим для всех был факт обращения за помощью к фитотерапевту, наличие положительного опыта использования фитосредств, вера в возможность оздоровления с их помощью. Специальная оздоровительная программа двигательной активности, систематические физические упражнения и дозированные прогулки были только у 5 из 46 пациентов (10,9%). Полностью исключили мясо и животные жиры лишь двое (4,3%). Специальной растительно-молочной диеты придерживались четверо (8,7%), Старались найти рациональное сочетание овощей и фруктов для борьбы со старением - 100%.

С учетом целенаправленного выбора подходов и природных геропротекторов, можно выделить следующий группы пациентов: использовали лук и чеснок в повседневном питании 35 человек (76,1%), в виде комбинированных фитосредств (например, в сочетании с медом, орехами…), или настоек – 8 (17,4%); мед и продукты пчеловодства (в основном, прополис) – 18 (40%); изюм и курагу – 23 (50%); разные варианты чая (преимущественно зеленый) – 17 (38%); гидробионты (рыбий жир, определенные сорта рыб, морепродукты, водоросли…) – 30 (65%); содержащие витамин С фрукты, овощи, растения (яблоки, гранаты, цитрусовые, смородина, зелень, крапива…) – 31 (68%); растительные масла (оливковое, подсолнечное, льняное…) – 28 (60%); проростки злаковых, семена льна, подсолнечника, тыквы – 14 (30%); орехи (кедровые, грецкие, миндальные, …) – 15 (33%); алкоголь в маленьких дозах (сухое вино, виски, водка, настойки) – 5 (11%); специальные молочные продукты (йогурты, простокваша, творог, сыры) – 11 (24%).

Таким образом, все наблюдаемые пациенты ориентированы на оздоровление с помощью природных средств, преимущественно растительного происхождения, что позволяет им избежать фатальных осложнений возрастных сердечно-сосудистых заболеваний, смягчить их течение, сохранять жизненную активность. Анализ и систематизация наиболее часто используемых традиционных, «народных» средств оздоровления показывает их большой лечебный потенциал, убеждает в необходимости их интеграции в современную медицину.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Н.Г. Туровская

ГКУЗ ВОДКПБ Центр психического здоровья детей и подростков, Волгоград, Россия

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

ГКУЗ Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница, Волгоград, Россия

Неэпилептические пароксизмальные расстройства сознания составляют около 25% среди всех пароксизмальных расстройств сознания у детей [3].

В настоящий момент наиболее исследован вопрос о нарушениях психического онтогенеза детей, страдающих эпилептическими пароксизмальными состояниями [1]. В научных работах отечественных и зарубежных авторов сообщается о нарушениях как когнитивных функций (активного внимания, памяти, мышления, речи), так и поведения у детей с данной нервно-психической патологией.

Данные о нарушениях психического развития у детей с пароксизмальными состояниями неэпилептической природы не столь обширны как результаты исследования детей больных эпилепсией. Неэпилептические пароксизмальные состояния, как правило, прогностически более благоприятны, чем эпилептические. Воздействие на головной мозг при них в основном сводится к гипоксии. Однако длительное воздействие гипоксии на головной мозг может вызвать значительные изменения в мозговых структурах, вплоть до формирования эпилептических очагов и вторичного появления судорожных приступов [2].

Данные о том, что неэпилептические пароксизмальные состояния могут привести к эпилептизации мозга, не позволяют с уверенностью считать, что указанные патологические состояния не оказывают отрицательное влияние на психическое развитие ребенка.

В связи с этим одной из приоритетных задач в области детской клинической психологии является целенаправленное детальное изучение особенностей психического онтогенеза детей с неэпилептическими пароксизмами, дифференциальный анализ возможных нарушений психического развития и разработка рекомендаций с целью оказания помощи больному ребенку в последующей социальной и психологической адаптации.

Нами было проведено исследование специфики нарушений развития психических функций у детей, имевших пароксизмальные состояния различной этиологии в анамнезе, сопоставление картин нарушения психического развития у больных с эпилептическими и неэпилептическими пароксизмами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 102 ребенка в возрасте от 6 до 8 лет, 5 детей в возрасте от 9 до 10 лет и их родители (законные представители). Из принявших участие в исследовании детей 59 человек (55,14% от общего количества респондентов) имели в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку пароксизмальные состояния, 12 человек (11,21% от общего количества респондентов) - эпилептиформную активность на ЭЭГ без приступов в анамнезе. У 51% испытуемых (от количества испытуемых с пароксизмами) в анамнезе наблюдались только эпилептические пароксизмы, у 22,4% – только неэпилептические пароксизмы, у 22,4% – неэпилептические пароксизмы сменились эпилептическими, у 4,1% - эпилептические пароксизмы сменились неэпилептическими. У участвовавших в исследовании детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе отмечались фебрильные судороги, аффективно-респираторные приступы и другие психогенно-обусловленные судорожные приступы, вегето-висцеральные пароксизмы, судорожный синдром новорожденного.

У 91,67% испытуемых пароксизмальные состояния развились на фоне преморбидной церебральной органической патологии. С целью выявления нарушений психической деятельности, вызванных непосредственным действием судорожных пароксизмальных состояний, в группу респондентов были добавлены дети без пароксизмов и эпилептиформной активности на ЭЭГ в анамнезе, но с резидуальной церебральной патологией. Данная группа была представлена в количестве 36 человек (33,64% от общего числа респондентов).

С целью выявления количественно-качественных характеристик основных клинико-этиопатогенетических и социально-психолого-педагогических параметров исследования использовались клинико-биографические методы (изучение медицинской документации, анализ анамнестических сведений, наблюдение, анкетирование («Анкета для родителей детей 5 – 15 лет для выявления ГРДВ и минимальных мозговых дисфункций» (Заваденко Н.Н., 2005)) и экспериментально-психологические методы (методы нейропсихологического исследования высших психических функций у детей (Цветкова Л.С., 2002), диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Ясюкова Л.А., 2002)).

Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

Результаты и их обсуждение. Дисперсионный анализ показал, что неэпилептические пароксизмы в отличие от эпилептических значительно реже сочетаются с нарушениями динамического праксиса ($F=5,850$; $p=0,020$), сомато-пространственного гнозиса ($F=5,898$; $p=0,019$), оптико-пространственного фактора ($F=6,463$; $p=0,015$), способности понимания логико-грамматических конструкций ($F=5,321$; $p=0,026$), модально-неспецифического компонента слухоречевой памяти ($F=9,200$; $p=0,004$), развития зрительно-моторной координации ($F=6,530$; $p=0,014$), речевого развития ($F=8,790$; $p=0,005$), развития визуального линейного ($F=5,261$; $p=0,027$), визуального структурного ($F=5,695$; $p=0,022$), понятийного логического ($F=12,748$; $p=0,001$), понятийного речевого ($F=9,955$; $p=0,003$), понятийного образного ($F=6,717$; $p=0,013$) мышления, возникновением эмоционально-волевых нарушений ($F=4,724$; $p=0,035$), проблем поведения ($F=4,639$; $p=0,037$) и патологией интеллекта в целом ($F=7,217$; $p=0,010$).

Следовательно, можно предположить, что неэпилептические пароксизмы обладают гораздо меньшей степенью травматического воздействия на головной мозг ребенка по сравнению с эпилептическими.

Однако обращает на себя внимание отсутствие различий между эпилептическими и неэпилептическими пароксизмальными состояниями по таким параметрам как усугубление повышенной истощаемости психической деятельности, нарушения кинестетического праксиса и модально-специфические нарушения памяти (в первую очередь, слуховой и зрительной). В то время как дисперсионный анализ значений по шкале «Наличие пароксизмальных состояний в анамнезе» показал, что пароксизмы сопровождаются нарушением кинестетического праксиса ($F=5,569$; $p=0,020$) и усилением повышенной истощаемости психической деятельности экзогенно-органического генеза, связанной с церебрастенической симптоматикой ($F=6,444$; $p=0,013$). Результаты психологической диагностики показали также, что значительное количество пароксизмов в истории болезни у детей сопряжено с выраженными нарушениями кратковременной зрительной памяти ($F=4,248$; $p=0,013$), а ранее начало сопровождается нарушениями кратковременной речевой памяти ($F=5,312$; $p=0,003$).

Следует отметить, что дисперсионный анализ значений по шкале «Наличие пароксизмальных состояний в анамнезе» показал также, что пароксизмы сопровождаются тенденцией снижения динамического праксиса ($F=3,913$; $p=0,051$). Однако, несмотря на то, что в целом неэпилептические пароксизмальные состояния сопряжены с менее выраженными нарушениями данной функции, чем эпилептические ($F=5,850$; $p=0,020$), анализ графиков средних значений показывает, что данные нарушения выявились у всех детей с неэпилептическими пароксизмами, участвовавших в исследовании (в степени – от легкой до выраженной).

Влияние неэпилептических пароксизмальных состояний на психическое развитие детей неоднозначно. Сложности дифференциального анализа, в первую очередь, обусловлены трудностями верификации данных состояний как неэпилептических. В ряде случаев (в нашем исследовании – в 22,4% случаев) они сменяются верифицированными эпилептическими состояниями. Статистически значимое различие выраженности нарушений психических функций при различных неэпилептических пароксизмальных состояниях выявилось по шкалам «динамический фактор» ($F=3,271$; $p=0,031$), «номинативная функция речи» ($F=3,455$; $p=0,027$), «внимательность» ($F=11,435$; $p=0,000$), «зрительно-моторная координация» ($F=3,757$; $p=0,020$), «визуальное линейное мышление» ($F=3,137$; $p=0,039$), «понятийное интуитивное мышление» ($F=3,080$; $p=0,041$), «понятийное логическое мышление» ($F=3,539$; $p=0,026$), «трудности школьного обучения» ($F=5,615$; $p=0,019$).

Анализ графиков средних значений, полученных в результате дисперсионного анализа, показывает, что выраженные нарушения динамического фактора отмечаются только при аффективно-респираторных приступах, однако, легкие нарушения функции сопровождают все другие виды неэпилептических пароксизмальных состояний. Номинативная функция значительно страдает при аффективно-респираторных приступах, умеренно снижена при других психогенно-обусловленных пароксизмах и у детей, перенесших в анамнезе судорожный синдром новорожденного, незначительно снижена при фебрильных судорогах и вегето-висцеральных пароксизмах. Активное внимание грубо нарушено у всех

больных, кроме детей с вегето-висцеральными пароксизмами в анамнезе. Выраженная патология зрительно-моторной координации отмечается при аффективно-респираторных приступах, умеренная патология – при фебрильных судорогах и психогенно-обусловленных пароксизмах (но не аффективно-респираторных приступах). Визуально-линейное мышление нарушено только у испытуемых с аффективно-респираторными приступами, причем это нарушение носит высокую степень выраженности. Понятийное логическое мышление значительно нарушено у детей с аффективно-респираторными пароксизмами, умеренно – у детей с фебрильными судорогами, незначительно – у детей с судорожным синдромом новорожденного в анамнезе. Понятийно-интуитивное мышление выражено страдает у детей с аффективно-респираторными приступами, умеренно – у детей с судорожным синдромом новорожденного в анамнезе, незначительно – в связи с фебрильными судорогами и психогенно-обусловленными пароксизмами (но не аффективно-респираторными приступами). Трудности школьного обучения наиболее представлены у больных с аффективно-респираторными приступами и фебрильными судорогами, отличаются умеренной степенью выраженности у детей с психогенно-обусловленными пароксизмами (но не аффективно-респираторными приступами) и судорожным синдромом новорожденного, отсутствуют у детей с вегето-висцеральными пароксизмами.

Таким образом, можно предположить, что из всех зафиксированных в исследовании неэпилептических пароксизмальных состояний с наиболее выраженными нарушениями психического развития сопряжены аффективно-респираторные приступы, с наименее выраженными - вегето-висцеральные пароксизмы.

Заслуживает внимания тот факт, что по результатам нашего исследования, у детей с аффективно-респираторными приступами нарушения раннего развития отмечались в 80% случаев; с фебрильными судорогами – в 44,44% случаев; с вегето-висцеральными пароксизмами, психогенно-обусловленными приступами (но не аффективно-респираторными приступами) и с судорожным синдромом новорожденного в анамнезе – отсутствовали. Возможно, у детей с аффективно-респираторными приступами и пароксизмы, и нарушения раннего развития являются общим следствием органического поражения головного мозга.

Заключение. Результаты проведенного исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Неэпилептические пароксизмы в отличие от эпилептических значительно реже сочетаются с нарушениями динамического праксиса, сомато-пространственного гнозиса, оптико-пространственного фактора, способности понимания логико-грамматических конструкций, модально-неспецифического компонента слухоречевой памяти, развития зрительно-моторной координации, речевого развития, развития визуального линейного, визуального структурного, понятийного логического, понятийного речевого, понятийного образного мышления, возникновением эмоционально-волевых нарушений, проблем поведения и патологией интеллекта в целом.
2. Неэпилептические пароксизмальные состояния так же как эпилептические сочетаются с усугублением повышенной истощаемости психической деятельности, нарушениями кинестетического праксиса и модально-специфическими нарушениями памяти (зрительной и слуховой).
3. Несмотря на то, что в целом неэпилептические пароксизмальные состояния сопряжены с менее выраженными нарушениями динамического праксиса, чем эпилептические, данные нарушения характерны и для детей с неэпилептическими пароксизмами (в степени – от легкой до выраженной).
4. Аффективно-респираторные приступы сочетаются с наиболее выраженными нарушениями психического развития по сравнению с другими неэпилептическими пароксизмальными состояниями. Они сопряжены с выраженными нарушениями активного внимания, зрительно-моторной координации, визуального линейного мышления, понятийного логического мышления, понятийного интуитивного мышления. Так как у детей с аффективно-респираторными приступами нарушения раннего развития отмечались в наибольшем проценте случаев по сравнению с другими неэпилептическими пароксизмами, можно предположить, что у детей с данной патологией и пароксизмы, и нарушения раннего развития являются общим следствием органического поражения головного мозга.
5. Вегето-висцеральные пароксизмы не сочетаются с нарушениями мышления у детей. При них не отмечается нарушений раннего развития ребенка. Однако они сопряжены с легкими нарушениями динамического праксиса и выраженными нарушениями активного внимания.
6. Подавляющее большинство неэпилептических пароксизмов сопряжено с выраженными нарушениями активного внимания.
7. Следовательно, дети с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе также нуждаются в психологическом сопровождении, в процессе которого должны учитываться специфические особенности их психического развития.

Литература.

1. Алехин А.Н., Туровская, Н.Г. Дети с пароксизмальными состояниями в анамнезе: Структура нарушений психического развития и мишени психокоррекционного воздействия / А.Н. Алехин, Н.Г. Туровская // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2013 (июль – сентябрь). – №3 (47). – С. 124 – 126.
2. Благосклонова, Н. К. Электрическая активность мозга детей и подростков с пароксизмальными состояниями неэпилептической природы / Н. К. Благосклонова, М. А. Морозова // Дети со сложными нарушениями развития. Психофизиологические исследования / Под ред. Л.П.Григорьевой. – М.: Экзамен, 2006. – С. 294 – 326.

3. Гузева, В. И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей / В. И. Гузева. – М: МИА, 2007. – 568 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПОТЕНЦИАЛЬНОМ РИСКЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕГО ЗВЕНА

Е.В. Фадеева, И.А. Геронимус, О.В. Цветкова
ФГБУ ННЦ наркологии Минздрава России, Москва, Россия

Целью исследования явился анализ взаимосвязи между интенсивностью потребления наиболее распространенных наркотических и психоактивных веществ (ПАВ) среди учащихся образовательных учреждений среднего звена и представлениями учащихся о риске для здоровья при их употреблении.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в 2013 в одном из колледжей г. Москвы. В анкетировании приняло участие 166 человек (100 юношей и 66 девушек). Возраст испытуемых составил от 14 до 21 года. Средний возраст составил 18,2±1,6 года. Всем участвующим в опросе была гарантирована анонимность. Исследование проводилось с использованием анкеты ESPAD, адаптированной к возрасту испытуемых и целям исследования. Анкета включала в себя вопросы о курении, употреблении алкоголя и наркотиков, а также ряд вопросов, посвященных информированности о вреде употребления ПАВ, отношения к их употреблению. Обработка результатов проводилась с использованием методов статистического анализа в пакете прикладных программ SPSS 20.

Результаты исследования. Изучение ситуации с потреблением табака, алкоголя и марихуаны показало о высокую распространенность употребления ПАВ среди учащихся средне – профессиональных учебных заведений. 50% опрошенных, указали, что курят регулярно более одной сигареты в день, а 22% респондентов характеризуются высокой интенсивностью курения (более 10 сигарет в день). За последний месяц 60% респондентов пили алкогольные напитки, при этом 10% опрошенных употребляли их 6 и более раз, что можно рассматривать, как предпосылку развития алкогольной зависимости. Выявлен высокий уровень потребления марихуаны и гашиша. 35% опрошенных пробовали препараты конопли, а 9% отметили, что марихуану или гашиш в течение последнего месяца, что может быть признаком регулярного потреблении. Анализ представлений учащихся о возможном вреде потребления различных видов ПАВ для здоровья показывает, что значительная часть опрошенных не учитывает риск, сопутствующий аддиктивному поведению. 48% учащихся оценили риск от эпизодического потребления табака как отсутствующий или слабый, 22% учащихся отметили, что не видят значительного риска в почти ежедневном потреблении алкоголя, 43% - указали, что разовое потребление препаратов конопли не несет серьезных опасностей.

На следующем этапе анализа данных исследовалось наличие взаимосвязи между оценкой риска для здоровья от потребления табака, алкоголя и препаратов конопли и интенсивностью их потребления. Сравнивались распределения долей потребляющих и не потребляющих ПАВ в подгруппах испытуемых, по-разному оценивающих возможное воздействие этих веществ на здоровье. Для всех видов ПАВ было выявлено наличие статистически достоверной отрицательной взаимосвязи между оценкой потенциального вреда для здоровья от воздействия ПАВ и интенсивностью их потребления (уровень значимости критерия Хи–квадрат $p<0,001$).

Выводы. В ходе исследования выявлена высокая интенсивность употребления основных ПАВ среди учащихся образовательных учреждений среднего звена. Было установлено, что среди студентов, не осознающих возможные негативные последствия аддиктивного поведения, распространенность потребления ПАВ выше. Таким образом, информирование о последствиях аддиктивного поведения для здоровья, можно рассматривать как одно из важнейших направлений профилактической работы среди учащихся образовательных учреждений среднего звена.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТАНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ, ОРГАНИЗОВАННОГО НА БАЗЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЮЩЕГО ПОЛУФАБРИКАТЫ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ГОТОВНОСТИ

Е.Ю. Федичева, Е.Ю. Козина
ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Особую значимость на современном этапе имеет вопрос оптимизации организации, структуры и качества питания школьников. Важное значение имеет гигиеническая характеристика питания учащихся при разных моделях организации питания, которая оказывает влияние на состояние здоровья учеников.

Нами было проведено исследование, целью которого явилось изучение влияния организации питания на пищевой статус учащихся в возрасте 7-11 лет общеобразовательных учреждений г. Оренбурга, питание в которых осуществлялось путем приготовления пищи с использованием полуфабрикатов высокой степени готовности (n=120).

Оценка фактического питания с оценкой пищевой, энергетической ценности и сбалансированности рациона проводилась на основании 2-х недельных меню-раскладок, с использованием таблиц химического состава пищевых продуктов (Скурихин И.М., Тутельян В.А. 2008).

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивалось по данным вариационной пульсометрии с использованием автоматизированного кардиоритмографического комплекса ORTO Expert (Игишева Л.Н., Галеев А.Р., 2003) с определением исходного вегетативного тонуса, степени напряжения регуляторных систем, реакции сердечно-сосудистой системы на ортопробу, функциональных резервов организма.

При оценке рационов школьников выявлено их несоответствие принципу количественной и качественной характеристики рационального питания. Наблюдалось увеличение содержания белков на 65,7% и жиров на 41,2%. Количество углеводов превысило физиологическую норму на 44,7%. Процент превышения калорийности составил 21,9 %. Было отмечено увеличение количества витаминов В1, В2, В6,С, А, Е и фолиевой кислоты. Эти изменения отразились на пищевом статусе детей: оптимальный пищевой статус имели 52,4% учащихся; недостаточный пищевой статус выявлен у 13% учащихся, а избыточный пищевой статус имели 28,7% учащихся.

Изменение алиментарного статуса существенно отразилось на формировании адаптационных возможностей обследуемых. Установлено, что удовлетворительную адаптацию к факторам среды обитания имели 5,8% учащихся, напряжение механизмов адаптации –38,3%; у 19,2% учащихся она была неудовлетворительной. 36,7 % учащихся имели срыв адаптационных резервов.

Полученные результаты позволили сделать следующие выводы. Фактическое питание учащихся 7-11 лет является неадекватным и нерациональным и характеризуется избыточным содержанием белков, жиров и углеводов с превышением физиологической нормы при использовании в питании полуфабрикатов высокой степени готовности, а также несбалансированностью макро – и микронутриентов. Определено, что энергетическая ценность рационов питания превышала допустимую норму на 19,8%, а нутритивная обеспеченность учащихся витаминами характеризовалась избытком витаминов группы В, С, А, Е и фолиевой кислоты. Неадекватное питание влияет на формирование адаптационных возможностей школьников, что характеризуется их резким снижением в пользу напряжения механизмов адаптации и срывом адаптационных резервов. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что использование в организации питания школьников модели с применением полуфабрикатов высокой степени готовности не является полностью адекватным для учащихся организованных школьных коллективов, что позволяет шире рассматривать возможность использования других моделей организации питания учащихся общеобразовательных учреждений, с целью профилактики развития заболеваний у детей школьного возраста.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ОСНОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ САНИТАРНЫХ ВРАЧЕЙ

А.С. Филин, М.М. Мехова
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

В современных условиях человек соприкасается с большим числом химических соединений в быту и на производстве. По некоторым оценкам их число достигает десятков тысяч и продолжает расти. Годовой объем производства химических веществ во всем мире увеличился в два раза с 2000 по 2009 год. Из известных 7 млн. химических веществ в производственной и окружающей среде население контактирует примерно с 70000. Ежегодно в различные отрасли промышленности и народного хозяйства внедряется около 500-1000 новых соединений. Однако гигиеническую регламентацию (в некоторых случаях частичную) прошло только около 9500 веществ. Продолжает увеличиваться число умерших и пострадавших при острых и хронических отравлениях. В среднем по РФ смертность от отравлений составляет 17,6 %, а в некоторых регионах достигает 40%. Таким образом, профилактика отравлений играют большую роль для защиты населения нашей страны от действия химических веществ. С этой целью была разработана и принята Федеральная целевая программа «Национальная система химической и биологической безопасности Российской Федерации (2009 - 2014 годы)». Ее внедрение связано с тем, что защищенность населения и среды его обитания на территории Российской Федерации от опасных химических факторов не доведена до уровня допустимого риска и с появлением новых химических угроз для национальной безопасности страны.

Реализация государственной политики по обеспечению химической безопасности достигается путем функционирования единой государственной системы обеспечения химической безопасности Российской Федерации, предусматривающей категорирование, прогнозирование, предупреждение и парирование угроз химической, ликвидацию последствий чрезвычайных ситуаций в результате воздействия опасных химических факторов окружающей среды. Россия является участником многих международных соглашений, касающихся регулирования обращения химических веществ. В ближайшее время будет принят Технический регламент Таможенного союза «О безопасности химической продукции», регулирующий обращение химической продукции в том числе и на территории России. Российская Федерация ратифицировала Роттердамскую конвенцию о процедуре предварительного обоснованного согласия в отношении отдельных опасных химических веществ и пестицидов в международной торговле. В качестве национального стандарта принята и утверждена система норм, правил и указаний, направленная на обеспечение согласованности и достоверности результатов лабораторных исследований (система надлежащей лабораторной практики - GLP).

Регламентацию химических веществ в Российской Федерации осуществляют специалисты в области профилактической токсикологии. Учитывая широкий круг вопросов теоретической и практической токсикологии, связанных с охраной окружающей среды, сохранения генофонда населения России, а также исходя из основных принципов государственной политики относительно приоритетного сохранения здоровья человека и охраны окружающей среды, токсикология как наука на современном этапе занимает ключевые позиции в области биологии и медицины и требует подготовки грамотных специалистов. В настоящее время их подготовка осуществляется на основе Федерального государственного образовательного стандарта ВПО по специальности «Медико-профилактическое дело» и направлено на формирование компетентного подхода в решении профессиональных задач по проведению токсикологических оценок объектов хозяйственной и иной деятельности в целях установления и

предотвращения вредного воздействия факторов среды обитания на человека, на основе современных теоретических представлений. На этом этапе обучения студенты должны знать научные основы гигиенического нормирования вредных факторов, однако формирование навыков и овладение конкретными методиками не предусматривается.
Обучающиеся получают общую информация по основным параметрам токсикометрии, полученным в острых, подострых и хронических экспериментальных исследованиях, способам затравки экспериментальных животных, методам оценки функционального состояния организма экспериментальных животных, методике обоснования и расчета ОБУВ и ПДК.
Изучается классификация вредных веществ по степени токсичности и опасности (по параметрам токсикометрии), санитарно-гигиенические требования к средствам коллективной и индивидуальной защиты в зависимости от класса опасности; основные нормативные законодательные документы, устанавливающие пределы содержания вредных веществ в воздухе рабочей зоны для создания безопасных условий производства; методику оценки содержания в воздухе комплекса вредных веществ, обладающих независимым или однонаправленным (аддитивным и потенцированным) действием; критерии оценки условий труда по химическому фактору и прогнозирования риска развития профессиональных заболеваний. Студенты получают представления об основных этапах работы специалиста Роспотребнадзора по контролю за содержанием вредных веществ в воздухе рабочей зоны. Кроме того, рассматриваются проблемы диагностики и профилактики профессиональных заболеваний, обусловленных воздействием химических факторов на производстве.
Однако существуют некоторые недостатки в существующей системе медицинского обучения, которые препятствуют получению знаний, соответствующих современным требованиям. Количество часов, отводимых на изучение базовых медицинских дисциплин, является недостаточным. Студенты 5-го курса имеют слабые знания по физиологии, гистологии, биохимии и химии. Для получения более полного представления о токсикологических экспериментах, об основных понятиях токсикометрии, их значении, необходимо проводить занятия в лабораториях. Решение одних только ситуационных задач не может дать представление о современных альтернативных методах исследований и экспериментах с использованием животных. Имеет смысл разработать единую для всех дисциплин программу по изучению профилактической токсикологии, для формирования у выпускников целостного представления о регламентации химических веществ.
На этапе постдипломного обучения, в интернатуре возможно дальнейшее совершенствование практических навыков и освоение конкретных методик, в соответствии с потребностями обучающихся и работодателями.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХОГЕННЫЕ ДОРСАЛГИИ. ДИАГНОСТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ

В.А. Фролов, В.С. Кононова
Институт профессионального образования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Лечение и медицинская реабилитация пациентов с хроническими болевыми синдромами остается в числе актуальных проблем современной медицины. Отмечается неуклонный рост распространенности феномена «соматизации», который в первую очередь проявляется хроническими болями различной локализации. По данным статистики у 20-30% пациентов хронические боли имеют признаки психогенных, причем 90% больных указывают на скелетно-мышечную локализацию боли. В современных классификациях (DSM-IV, МКБ-10) выделена специальная рубрика «Соматоформное болевое расстройство (СБР)» (А45.4). Ведущей жалобой пациентов с СБР является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, полностью не объяснимая физиологическим процессом или соматическим расстройством, и появляющаяся в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины. Помимо психогенных факторов в патогенезе СБР значительная роль отводится глобальной гипералгезии на фоне патологии центральных ноцицептивных структур, в том числе аномальной обработки сенсорной информации.
Терапия СБР крайне трудна, и какой-либо единой, хорошо отработанной концепции ее не существует. Учитывая отсутствие эффекта от НПВП, в 7% случаев с целью устранения боли пациентам проводится необоснованное хирургическое лечение [5]. В настоящее время тактика ведения больных с соматоформными дорсалгиями сводится к назначению антидепрессантов и/или транквилизаторов. Однако облегчение психических симптомов при лечении антидепрессантами приводит, зачастую, только к определенной адаптации к болевой симптоматике. Кроме того, большинство исследований отмечают резистентность и плохую переносимость любого вида психофармакотерапии у больных с СБР, что требует включения в комплексное лечение больных с психогенным характером болей в спине эффективных немедикаментозных методов. В последние годы опубликован ряд работ, демонстрирующих успешное применение мануальной терапии в комплексном лечении невротических расстройств [3]. Показано, что воздействие стрессовых факторов на организм приводит к развитию неспецифических психомоторных миоадаптивных реакций, которые реализуются спазмом и укорочением мышц. Формирование патобиомеханических изменений (ПБМИ) приводит к превалированию болевого мышечного синдрома в клинической картине многих психогенных заболеваний, а полная или даже частичная редукция синдрома опорно-двигательных нарушений оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов.
Цель исследования. Обосновать целесообразность применения методов мануальной терапии в медицинской реабилитации пациентов с хроническими соматоформными дорсалгиями.
Материалы и методы исследования. Изучение эффективности комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий с применением методов мануальной терапии проведено в группе из 45 больных, которые проходили лечение в ПКБ №12 ДЗ г. Москвы. В исследование включались пациенты с хроническими дорсалгиями,

соответствующие критериям соматоформного болевого расстройства (СБР). Отличительными признаками соматоформных болей в спине служили: несоответствие зоны боли традиционной топографии вертеброневрологических синдромов, необычная локализация неврологических симптомов, болезненность, носящая поверхностный характер, несоответствие между выраженностью болевого синдрома и отсутствием ограничения подвижности позвоночника, течение болевого синдрома, определяемого колебаниями психологического состояния больного. Средний возраст больных составил 49,16+12,3 лет, преобладали женщины - 37 человек (82%), мужчин 8 человек (18%). Помимо стандартного неврологического исследования и рентгенографии позвоночника, пациентам проводилась специфическая мануально-терапевтическая диагностика для оценки состояния опорно-двигательного аппарата и определения основных видов ПБМИ. Оценивались конфигурация позвоночного столба, положение головы, состояние плечевого пояса, участие в дыхании грудной клетки, состояние связок тазового пояса, диафрагмы, наличие деформаций суставов стоп, оценка относительной или абсолютной разницы длины ног. Исследовалось функциональное состояние мышечного тонуса, наличие функциональных блоков (ФБ) или локальной гипермобильности (ЛГ) в позвоночно-двигательных сегментах (ПДС), дисфункций крестцово-подвздошного сочленения (КПС). Выраженность болевого синдрома оценивалась по данным визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Проводилось исследование влияния мануальной терапии на изменение церебральной гемодинамики по степени выраженности микроциркуляторных нарушений в конъюнктиве глазного яблока (КГЯ). Оценка проводилась путем фотосъемки темпорального участка конъюнктивы, получаемой с помощью щелевой лампы ЩЛ-2Б с увеличением в 20 раз, цифрового фотоаппарата и компьютера [1]. Суммарная характеристика наблюдаемых изменений в системе микроциркуляции давалось с помощью индекса конъюнктивальной микроциркуляции (ИКМ). Исследования проводились дважды: перед началом лечебно-реабилитационных мероприятий и через 1,5 месяца по завершении курса лечения.

Результаты исследования. Длительность заболевания в среднем составила 6,5 лет. Пациенты предъявляли следующие жалобы: боли в шейном отделе – 32 человека (72%), боли в грудном отделе - 19 человек (43%), боли в поясничном отделе позвоночника – 27 человек (59%). Средняя интенсивность болевого синдрома по ВАШ составила 6,1+0,22 балла, что соответствует показателям «сильная боль».

При исследовании мышечного тонуса обнаружено, что повышение уровня тревожности увеличивает тонус мышц, преимущественно затылочных, и усиливает существующую асимметрию мышечного тонуса, которая является основой постуральных расстройств [4]. При мануально-терапевтическом тестировании у всех обследованных пациентов отмечались признаки синдрома постурального дефицита, выражающиеся в смещении центра тяжести тела относительно вертикальной и сагиттальной осей. При этом у 28 пациентов (62,2%) отмечалось вентральное направление смещения центра тяжести, у 17 человек (37,8%) – дорсальное. И в том, и в другом случае формировался неоптимальный статико-динамический стереотип со смещением центра тяжести, который приводил к компенсаторной перегрузке мышц верхнего плечевого пояса и шейного региона, что объясняло высокий процент пациентов с жалобами на боли в шее. У 82% пациентов отмечалось наличие спазмированных поперечных диафрагм (верхне-грудной, грудобрюшной, тазовой), которое достигало 100% в группе пациентов с тревожно-фобической симптоматикой. Наблюдались сочетанные функциональные блоки мышечного, суставного и связочного генеза, которые чаще располагались в ПДС C0-C1, C1-C2 у 36 пациентов (80%), C7-Th1 у 28 пациентов (62%), Th12-L1 у 23 (51%), а L5-S1 и КПС - у 22 (48,7%).

При исследовании микрососудов конъюнктивы глазного яблока признаки нарушения микроциркуляции выявлены у 100% пациентов. ИКМ в среднем составил 0,51+0,03 усл.ед., что соответствует субкомпенсированной форме нарушения микроциркуляции, характерной для хронической ишемии головного мозга I ст. В норме ИКМ составляет 0-0,15 усл.ед. В 58% случаев обнаружена спастико-атоническая форма нарушения микроциркуляции, для которой характерно выраженное нарушение артериоло-венулярного соотношения диаметра микрососудов, расширение и извитость венул, реологические нарушения в виде зернистости или прерывистости кровотока в капиллярах и венулах, повышение проницаемости сосудистой стенки. Наличие признаков ишемии головного мозга при ПБМИ на шейном уровне исследователи связывают с ирритацией периартериальных симпатических сплетений с развитием вазомоторных реакций в вертебрально-базилярной системе и повышение периферического сопротивления в системе яремных вен. Повышение артериального тонуса в бассейне сонных артерий обусловлено преимущественно повышением тонуса лестничных мышц [2].

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования все пациенты были разделены с помощью простой рандомизации на основную контрольную группы. Основную группу составили 30 человек, 25 женщин (83%) и 5 мужчин (17%), средний возраст 49,17+13,6 лет. Пациентам основной группы в соответствии с индивидуальной клинической картиной назначалась фармакотерапия, включая церебральные вазопротекторы, нейрометаболические стимуляторы (ноотропы), бензодиазепиновые анксиолитики, витамины (группы В, РР, С), антидепрессанты, проводилась когнитивная психотерапия, сеансы аутогенной тренировки, лечебная физкультура. В традиционную схему лечения включалась мануальная терапия (15 сеансов по 30-40 минут 3 раза в неделю), которая разрабатывалась индивидуально и была направлена на восстановления оптимального статического и динамического стереотипа. Мануальная терапия включала релиз мягких тканей краниовертебрального перехода (ингибиция подзатылочных мышц), нейромышечные техники, коррекцию ограничений подвижности торакоабдоминальной диафрагмы, работа с мышцами орального полюса и тазового дна, плантарную стимуляцию, воздействие на нейроваскулярные и нейролимфатические зоны и т.д. В последующем пациенты обучались приемам ауторелаксации и специальной гимнастики для укрепления расслабленных и релаксации укороченных мышц. Контрольную группу составили 15

пациентов, 12 женщин (80%) и 3 мужчины (20%), средний возраст 49,13+9,8 лет, получавших соответствующее комплексное лечение по традиционным схемам без мануальной терапии.

После проведенного курса лечения положительная динамика в плане коррекции статико-динамических нарушений отмечалась у всех пациентов основной группы. В контрольной группе эти параметры практически не изменялись. Оценка уровня боли по данным ВАШ проводилась на 7, 14, 28 и 42 день лечения (Таблица 1). Уровень боли в контрольной группе начинал достоверно снижаться (p<0,01) к 14 дню лечения, достигал максимума к 28 и практически не менялся в последующем. В основной группе показатели уровня боли начинали снижаться раньше (к 7 дню от начала лечения), продолжали прогрессивно снижаться на всем протяжении курса лечения и к концу курса уровень боли был достоверно ниже (p<0,01), чем у пациентов контрольной группы.

Динамика показателей микроциркуляции в КГЯ при повторном обследовании после проведенного курса лечения в основной и контрольной группах свидетельствует о положительных изменениях в состоянии микроциркуляции, причем у пациентов основной группы, где применялась мануальная терапия, положительная динамика показателей достоверно выше (p<0,05), чем в контрольной (Таблица 2).

Таблица 1. *Динамика выраженности болевого синдрома в группах на фоне лечения (по данным ВАШ)*

Сроки (дни) исследования	ВАШ, баллы (M+m)	
	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=15)
Исходно	6,1+ 0,22	6,1+0,23
7 день лечения	4,8+0,18*	5,5+0,23
14 день лечения	4,0+0,20*	4,9+0,24*
28 день лечения	3,1+0,21*	3,95+0,23*
42 день лечения	1,43+0,15***#	3,79+0,21*

Примечания. Различия вычислялись по критерию Манна-Уитни.

* показатели достоверно различаются по сравнению с исходными (p<0,01)

** показатель на 42 день лечения достоверно различается с показателями на 28 день лечения (p<0,01)

показатели основной группы, которые достоверно различаются с аналогичными показателями контрольной группы (p<0,01)

Таблица 2. Динамика показателей микроциркуляции в КГЯ (M+m)

Показатели	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=15)
ИКМ, усл.ед.(до лечения)	0,51+0,03	0,50+0,03
ИКМ, усл.ед.(после лечения)	0,28+0,02*#	0,38+0,03*

Примечания: *показатели достоверно различаются по сравнению с исходными (p<0,05)

#показатели основной группы, которые достоверно различаются по сравнению с показателями контрольной группы (p<0,05)

Структура положительных изменений при биомикроскопии различалась в основной и контрольной группах. В контрольной группе микроциркуляция улучшалась преимущественно за счет реологических изменений крови, в основной группе на фоне коррекции ПБМИ заметно увеличивалась доля положительных влияний на гемодинамику за счет устранений спазма артериол, увеличения числа функционирующих капилляров, артериоло-венулярное соотношение диаметров имело тенденцию к нормализации. Структурные изменения микрососудов сохранялись, но наблюдалась тенденция к уменьшению степени расширения сосудов посткапиллярного русла, что свидетельствовало об ослаблении застойных явлений, стали менее выраженными замедление кровотока и проницаемость сосудистой стенки. В 10% случаев отмечалась полная нормализация показателей в основной группе.

Выводы. Включение мануальной терапии в комплексное лечение и реабилитацию больных с соматоформными дорсалгиями повышает эффективность восстановительных мероприятий за счет коррекции патобиомеханических и циркуляторных нарушений, в том числе за счет улучшения церебральной гемодинамики. Лечение должно быть направлено на восстановление оптимального статического и динамического стереотипа.

Литература.

Козлов В.И., Азизов Г.А., Гурова О.А. Компьютерная TV-микроскопия конъюнктивы глазного яблока и ее роль в оценке состояния микроциркуляции крови. М., 2004. 25 с.

Сафоничева О.Г. Восстановительное лечение структурно-функциональных нарушений опорно-двигательной системы (донозологическая диагностика и комплексное лечение при эмоционально-аффективных расстройствах). Автореф.дис.докт.мед.наук; Тула, 2007.

Фролов В.А., Кошелев В.В. Применение мануальной терапии в комплексном восстановительном лечении больных с астено-невротическими расстройствами. Мануальная терапия. 2008; №2(30): 29-34.

Фролов В.А., Лим В.Г. Диагностика постуральных дисфункций в мануальной терапии. М.: Издательство Первого МГМУ им. И.М.Сеченова; 2012. 68 с.

Чахава К.О. Применение антидепрессантов при соматоформных болевых расстройствах. Автореф. дис.канд.мед.наук; Москва, 2004.

ПЕРСОНИФИКАЦИЯ СЛОЖНЫХ БИОМЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ С ПОЗИЦИЙ ТЕОРИИ ХАОСА-САМООРГАНИЗАЦИИ

А.А. Хадарцев, В.М. Еськов, В.Г. Зилов, О.Е. Филатова, В.В. Еськов
ФГБОУ ВПО Тульский государственный университет, медицинский институт, Тула, Россия

Разрабатывается теория хаоса-самоорганизации (ТХС) для описания динамики поведения сложных биосистем. Традиционно квазипериодические процессы в виде тремора, теппинга, генерации различных биопотенциалов (мозга, мышц, нервов) описывались в виде их амплитудно-частотных характеристик (АЧХ), автокорреляционных функций и различных законов распределения.

Невозможно произвольное повторение любых значений вектора состояния системы (ВСС) любой сложности в фазовом пространстве состояний. Поскольку невозможно учесть огромную совокупность параметров такой сложной системы, выделяется ограниченная совокупность признаков параметров – квазиаттрактор (КА), как бы аттрактор. Гомеостаз можно определить как особое состояние биосистемы (организма, в частности), при котором параметры КА ВСС, описывающего гомеостаз, остаются в рамках погрешностей измерения неизменными. При этом все координаты xi ВСС внутри КА непрерывно изменяются ($dx/dt \neq 0$).

Отсутствие свойства перемешивания у сложных систем (complexity) объясняется не только непрерывной хаотической динамикой ВСС в пределах КА, но и тем, что сами сложные системы непрерывно эволюционирует. При этом сам КА ВСС постепенно изменяется (меняет свои размеры и одновременно медленно движется в ФПС), что демонстрирует свойство эволюции сложных систем. Однако, скорость эволюции значительно меньше скорости движения ВСС внутри КА, т.е. время измерения параметров ВСС τ должно быть всегда значительно меньше времени Т эволюции ВСС в ФПС: $\tau \ll T$.

Цель исследования. На основании треморограмм представить квазиаттракторы здорового человека и больного болезнью Паркинсона, как меру состояния гомеостаза и индивидуальные интегративные параметры порядка.

Объект и методы исследования. При использовании токовихревого датчика регистрировали треморограммы произвольных движений. Осуществлялся расчет размеров квазиаттракторов по авторской программе при теппинг-тесте у здоровых и при болезни Паркинсона.

Результаты исследования. На фоне соотношения произвольности и непроизвольности выделены критерии оценки не только движений, но и любых изменений параметров ВСС и КА. Для каждого испытуемого они разные. Если испытуемый опытный спортсмен, то в момент действия всегда V2GT << V2GHT , т.е. меньше КА нетренированного человека в тот же момент. Метод расчёта параметров КА для тремора убедительно демонстрирует значимые результаты в оценке произвольности и непроизвольности. Общепринято, что методика теппинга реализует произвольные движения. В рамках ТХС мы постулируем, что любое произвольное движение (имеющее цель и управление со стороны сознания человека) не является произвольным по сути, т.к. всегда реализуется непроизвольно. Например, при теппинге человек только пытается двигать пальцем в задаваемом им самим ритме и с якобы управляемой амплитудой движения пальца. Реально и сам ритм движения пальца, и траектория движения постоянно изменяются. Произвольное движение (теппинг) выполняется всегда хаотически (непроизвольно по сути, по характеру выполнения команд от мозга), но в пределах определённых КА. В простейшем случае координатами многомерного ФПС при теппинге могут быть: реальная координата $x1=y$ (положение пальца в пространстве), её скорость $x2=dx1/dt$ и ускорение $x3=dx3/dt$, т.е. имеет место реальное трехмерное (физическое) ФПС для вектора $x=x(t)=(x1, x2, x3)T$.

Циклические движения неповторимы, невоспроизводимы в принципе и их можно описывать только в рамках ТХС, т.е. с помощью КА. Для двумерного фазового пространства (x1 и $x2=dx1/dt$) изучены примеры регистрации теппингграмм здоровых испытуемых и больных болезнью Паркинсона. Для всех испытуемых (34 измерения, из них с патологией – 12) наблюдается закономерность, представленная диаметрально противоположным соотношением между КА в условиях ограничения движения (палец ударялся о поверхность датчика) и в условиях полной произвольности. Соотношение размеров КА для здорового испытуемого равны: VGWD/VGHD=3,21*10-5/3,33-10-4=0,096, а для больного болезнью Паркинсона это отношение больше единицы и равно 1,07*10-4/2,75*10-5=0,039.

Таким образом, соотношением параметров КА можно использовать как диагностический признак для оценки степени нарушений двигательной активности при болезни Паркинсона. При этом хаотическая динамика характерна и для нормы, и для патологии, но параметры квазиаттракторов диаметрально противоположны.

Заключение. Открываются новые перспективы персонифицированной медицины. Появляются интегративные показатели для каждого человека (его индивидуальный квазиаттрактор) при тех или иных видах патологии. На примере тремора показана полная инверсия понятий: хаос в динамике тремора – это норма для организма, это его стационарное состояние, а появление периодичности и тем более статические состояния ($dx/dt=0$) представляют патологию.

РОБОТИЗИРОВАННАЯ МЕХАНОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ

М.А. Хан, О.В. Подгорная, М.Р. Макарова, Н.И. Тарасов, Л.Ю. Даринская, А.Н. Хромов, И.С. Кириллова
Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии МЗ РФ, Москва, Россия
ГБУЗ Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, Москва, Россия

Актуальность медицинской реабилитации детей с травмой конечностей и ее последствиями сегодня, обусловлена высокой частотой регистрации переломов костей по отношению к общему числу закрытых повреждений. Как известно, травматические повреждения конечностей сопровождаются выраженными функциональными нарушениями, требующими специализированной терапии и длительной поэтапной специализированной реабилитации. Клинические проявления характеризуются выраженной болевой симптоматикой, отечным, остеодеструктивным синдромом. Лечение больных с травмой конечности направлено на анатомическое и функциональное восстановление кости, суставов, окружающих тканей в зоне повреждения и функции конечности в целом.
Сегодня, одним из признанных в мире методов в лечении последствий травматического повреждения конечностей является аппаратная кинезиотерапия. Воспроизведение выбранного движения и точная дозировка нагрузки двигательной активности часто является определяющим при диагностических и терапевтических воздействиях.
Применение аппаратов для механотерапии на этапах реабилитации способствует восстановлению подвижности суставов, увеличению силы мышц, повышению специальной и общей физической работоспособности. Механотерапия в активном режиме применяется с постепенным возрастанием нагрузки для укрепления преимущественно двигательной и кардио-респираторной систем, в то время, как роботизированная механотерапия применяется для облегчения выполнения какого-либо движения пациентом или медицинским специалистом. Наиболее обоснованным методом лечения последствий травм конечностей является Continuous Passive Motion (CPM) терапия, относящаяся к роботизированной пассивной механотерапии. Восстановление подвижности поврежденного сустава и параартикулярных тканей достигается за счет дозированного растяжения окружающих сустав тканей, при участии заинтересованных в движении мышц в малотравматичном режиме активности в условиях их произвольного расслабления. Предпосылками успешного применения CPM-терапии в детской практике являются безболезненность осуществляемых механических воздействий, отсутствие дискомфорта при проведении систематических и длительных процедур, что позволит расширить спектр применяемых технологий медицинской реабилитации, оказать благоприятное влияния на функциональное состояние костно-мышечной системы, добиться более значимой эффективности лечения детей с травмой конечностей и ее последствиями.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Т.В. Хамина, Г.Р. Кривцова
НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД», Самара, Россия

Актуальность темы. Болевой синдром является одним из ведущих у пациентов с неврологическими заболеваниями. Купирование боли, улучшение эмоционального состояния, нормализация сна способствуют мотивации к выздоровлению, соблюдению необходимых стереотипов поведения. Нелекарственные методы лечения позволяют оказывать воздействие на патогенетическом уровне. Целью нашей работы стало оценить целесообразность и эффективность использования транскраниальной электростимуляции у неврологических больных. **Задачами исследования** стало определение нозологических групп, в которых применение данного метода наиболее результативно и подбор оптимальных сочетаний нелекарственных факторов лечения. Для оценки результатов исследования применялись инструментальные методы – холтеровское мониторирование, психологический тест Люшера. Метод ТЭС-терапии разработан около 20 лет назад в Институте физиологии им. И.П. Павлова с применением принципов доказательной медицины. Мягкое электрическое воздействие, осуществляемое через электроды в специальном строго выдержанном режиме, избирательно влияет на защитные механизмы мозга. Принцип лечебного воздействия основан на чрескожной электростимуляции эндорфинных механизмов мозга посредством электродов, размещенных на коже лба и сосцевидных отростков. Через 10-15 минут после начала стимуляции происходит усиление выделения эндорфинов и значительное повышение их концентрации в головном мозге, спинномозговой жидкости и крови. ТЭС-терапия проводилась на аппарате «Трансаир-04» в условиях физиотерапевтического отделения терапевтического стационара. За 2013 год курсовое воздействие получили 67 пациента с неврологическими заболеваниями, из них 37 женщин и 30 мужчин. У 53% пациентов наблюдался болевой синдром различной этиологии (дорсопатии, невралгии и др.). В 12% у пациентов неврологическая симптоматика усугублялась стрессовыми состояниями, депрессией, тревожностью, снижением работоспособности. Сопутствующая основному заболеванию, артериальная гипертензия 1 -2 ст. составила 18% случаев, и у 17% неврологических больных наблюдалась нейроциркуляторная дистония. Всем больные условно были разделены на 3 группы, в которых проводилась комплексная терапия, направленная на уменьшение симптоматики заболевания. Из нелекарственных методов лечения в первой группе использовалась только ТЭС-терапия, во второй группе данный метод сочетался с сеансами ручного массажа, мануальной терапии и рефлексотерапии. В третьей группе проводилась только медикаментозная терапия. В ходе лечения у больных отмечалось улучшение общего самочувствия и эмоционального фона, уменьшались головные боли, восстанавливался сон, что позволяло отменить прием седативных препаратов. Лечебный воздействие ТЭС-терапии наблюдалось уже после проведения трех- пяти сеансов.

Выводы. Использование ТЭС-терапии у неврологических пациентов способствует быстрейшему купированию болевого синдрома, у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией наблюдается стабилизация показателей гемодинамики. Сочетание транскраниальной электростимуляции с массажем, мануальной терапией и рефлексотерапии оказывают синергический эффект. Данный метод лечения целесообразен у пациентов неврологического профиля в сочетании с медикаментозными методами лечения.

ДЕТЕРМИНАНТЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

О.А. Харькова, А.Г. Соловьев
Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Введение. Распространенность табакокурения среди представительниц женского пола в РФ неуклонно растет. Это, в свою очередь, говорит о том, что к моменту создания семьи и рождению детей у таких женщин, как правило, сформирована никотиновая зависимость (НЗ), которая не позволяет им самостоятельно отказаться от употребления табака. Разработка тактики превенции должна строиться с учетом личностных и ряда других особенностей беременной женщины, что и обусловило актуальность настоящего исследования.
Целью работы явилось выделение детерминант табакокурения во время беременности.
Материал и методы исследования. В поперечном исследовании приняли участие 323 женщины в возрасте 18-38 (ср. возраст 25,18±5,07) лет, постоянно проживающие в г. Архангельске, в III триместре беременности, находящиеся на стационарном лечении (по поводу гестоза второй половины беременности либо угрозы преждевременных родов) или готовившиеся к родоразрешению в роддомах.
Выбор методов и методик сбора эмпирических данных, а также анализа исходил из теоретического обзора литературы, цели и задач исследования. Для изучения социальной составляющей личности беременной применялась разработанная нами методика комплексной оценки физиологических и социально-психологических особенностей беременных женщин с никотиновой зависимостью, а также полуструктурированное интервью; для описания психофизиологической составляющей – тест Айзенка и проективный рисунок «Я и мой ребенок»; для психологической – метод определения типа психологической компоненты гестационной доминанты И.В. Добрякова, опросник определения уровня субъективного контроля Е.Ф.Бажина, опросник определения уровня невротизации и психопатизации Н.Б. Ласко, личностный дифференциал и тест для определения профиля личности по доминирующему инстинкту В. Гарбузова.
Результаты исследования и их интерпретация. В ходе проведенного исследования нами были выявлены три группы детерминант табакокурения во время беременности: психофизиологические, психологические и социальные. К психофизиологическим были отнесены такие показатели, как ригидность, импульсивность, эмоциональная возбудимость, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, экстраверсия; к психологическим – экстернальный локус контроля в области достижений, семейных отношений, тревожный и депрессивный элемент в психологической компоненте гестационной доминанты, неадекватный стиль переживания беременности; к социальным – социализация в курящей семье, табакокурение друзей, мужа/партнера, средний уровень образования, низкий профессиональный и экономический статус.
Заключение. Таким образом, выявленные детерминанты табакокурения во время беременности позволяют разработать алгоритм психопрофилактической коррекции никотиновой зависимости у женщин гестационного периода с учетом их психофизиологических, психологических и социальных характеристик.
Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №14-16-29002

НОВОЕ В СИСТЕМЕ АВТОМАТИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ АДАПТАЦИЕЙ К ГИПОКСИИ/ «ГИПОКСИЧЕСКИЙ ФИТНЕСС+»

А.М. Цветкова, В.А. Парамонов
Центр гипоксической адаптации «Гипоксический фитнесс», Москва, Россия
ООО «Время красоты», Москва, Россия

Место гипоксической тренировки как способа адаптации к гипоксемии в программах реабилитационных мероприятий логично вытекает из той роли, которую играет режим кислородного обеспечения для оптимального функционирования тканей организма. Естественно предположить, что цель применения любых средств реабилитации, начиная с лечебной физкультуры, и, заканчивая применением альтернативных методов, с гораздо большим успехом будет осуществляться на фоне отлаженных механизмов транспорта кислорода и субстратов для нормального дыхания клетки и ее энергетического статуса. Таким образом, адаптация к гипоксии, способная расширить границы энергетического гомеостаза органов системы транспорта кислорода вполне обосновано должна сопровождать процесс реабилитации. На этом этапе внедрения гипоксической адаптации в практику реабилитации остается важной проблема индивидуализации процесса. Ранее вниманию аудитории была предложена система автоматического управления адаптацией к гипоксии : «Гипоксический фитнесс». Эту систему отличает полная независимость от типа источника гипоксической смеси - гипоксикатора. Наряду с этим, она обеспечивает полностью независимое от оператора управление процессом, осуществляемое на основе динамической оценки чувствительности организма пациента к развивающейся гипоксемии. Настоящим предлагается следующая версия программы- «Гипоксический

фитнесс+», включающая он-лайн мониторинг гемодинамики в течение сеанса гипоксической тренировки с количественной и качественной оценкой. Таким образом, эта версия программного обеспечения объективизирует действие гипоксемии, демонстрируя состояние кровообращения на фоне адаптации. В системе управления, помимо пульсоксиметрического модуля, использован модуль для неинвазивного измерения артериального давления («Микролюкс», Россия). На основе измерения систолического и диастолического давления и частоты сердечных сокращений программа позволяет определить целый комплекс параметров гемодинамики, после чего проводится анализ состояния каждого параметра по сравнению с его расчетной и статистической нормой, оценивается процентная доля нормальных показателей во всей совокупности параметров. Комплекс параметров кровообращения состоит из систолического объема и систолического индекса, минутного объема крови, сердечного индекса, общего периферического сопротивления сосудов, вегетативного индекса. Момент измерения артериального давления связан с состоянием индекса наполнения пульса, для которого действуют нормативные границы. Дополнение системы автоматического управления «Гипоксический фитнесс» возможностью объективной оценки гемодинамики усовершенствует процесс гипоксической тренировки и значительно облегчает возможность реабилитации пациентов с кардиологическими, сосудистыми и легочными проблемами.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ,ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Е.В. Чемоданова
Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского, Евпатория, Республика Крым

Цель исследования. Разработка и реализация медико-психологической помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями.
Задачи исследования. Изучение личностных особенностей и психоэмоциональное состояние родителей, воспитывающим детей с ограниченными возможностями; разработать дифференцированные методики с применением немедикаментозных факторов; медико-психосоциальная реабилитация с ориентацией на семью пациента.
Материал и методы исследования. Экспериментальная база исследования - клинический санаторий «Приморье», «Бригантина» г. Евпатория, где проводилась санаторно-курортная реабилитация детей с заболеваниями нервной системы. Объект исследования - 35 семей, воспитывающих детей-инвалидов.
Методы исследования. Клинические, психодиагностические, статистические.
Результаты исследования. Исследование и анализ личностных особенностей родителей, воспитывающих детей с выраженными нарушениями психофизического развития, позволил выделить три группы родителей с определенными типологическими характеристиками. Первая группа характеризовалась тревожно-сенситивными личностными тенденциями. Вторая - поведенчески асоциальными личностными тенденциями. У родителей третьей группы проявлялась предрасположенность к соматическим заболеваниям и черты, присущие как для первой, так и второй групп.
Характер вариантов личностных деформаций определил выбор средств, направленных на оказание им коррекционной помощи: для первой группы лиц – психотерапия и физиотерапия неврозов; для второй группы лиц - психотерапия психопатий; для третьей группы - использование приемов как первого, так и второго направлений.
Разработана программа медико-психосоциальной реабилитации с ориентацией на семью пациента, а также дифференцированные методики с применением немедикаментозных факторов (климатолечение, ЛФК (в т. ч. психотерапевтическое потенцирование физической тренировки - авторская методика), бальнеолечение (хвойно-морские ванны, йодобромные ванны, жемчужные ванны на морской воде), методов психотерапии. Тестирование, проведенное разными методами, подтверждает тенденцию позитивных изменений и свидетельствует, что после лечения у родителей определялась структура адаптации к психогенным раздражителям.
Выводы. Семью нужно рассматривать как динамическую систему, в которой все ее части взаимосвязаны и взаимообусловлены. В связи с этим изменения паттерна отношений даже одного члена семьи, с неизбежностью будут изменять всю систему, делая ее более сбалансированной. Большой арсенал технологий медицинской реабилитации позволяет оказывать воздействия на различные патогенетические звенья заболевания детей с патологией нервной системы, а также повышать эффективность лечения родителей, что улучшает качество жизни.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ТОНУСА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Л.Ф. Чепурная, Н.С. Григорьева
НИИ детской курортологии и физиотерапии, Евпатория, Республика Крым

Цель работы. Изучить состояние биоэлектрической активности головного мозга и тонуса церебральных сосудов у детей с последствиями ЧМТ, в зависимости от вида полученной травмы.
Под наблюдением находилось 65 детей с последствиями легкой ЧМТ, в возрасте 10-15 лет, с церебрастеническим синдромом, с давностью перенесенной травмы до 2 лет. Последствия ЧМТ, обусловленные сотрясением головного мозга (СГМ) наблюдались у 66%, обусловленные ушибом головного мозга (УГМ) у 34% детей.

Проведены исследования биоэлектрической активности головного мозга с помощью электроэнцефалографии (ЭЭГ), состояние тонуса церебральных сосудов во фронто-мастоидальных отведениях изучали с помощью реоэнцефалограммы (РЭГ).

Понижение спектральной плотности альфа-активности в затылочных отделах полушарий относительно показателей возрастной нормы отмечено у 50% детей с УГМ, причем у большей части (28%) с односторонним полушарным преобладанием. Наличие патологической активности в центральных и теменных отделах полушарий у 43% детей под влиянием гипоксической нагрузки свидетельствует о структурно-функциональных нарушениях, преимущественно, на корковом уровне.

Понижение спектральной плотности альфа-активности отмечено в обоих полушариях, в затылочных отделах, симметрично у 35% обследованных с СГМ. Наличие патологической активности регистрировалось в центральных и теменных отделах полушарий у 35% детей под влиянием гипоксической нагрузки с билатерально симметричным преобладанием.

Отклонения в системе церебральной гемодинамики выявлены на уровне артерий среднего и мелкого калибра и характеризовались гипертонической направленностью. Состояние выраженного затруднения венозного оттока из полости черепа по наличию венозной волны и величине дикротического индекса, превышающего 80%, отмечено у 39% детей с УГМ с преобладанием в одном из полушарий головного мозга. У больных с СГМ данное состояние венозного оттока наблюдалось сравнительно чаще (54%) с преобладанием билатерального характера.

Сравнительный анализ данных позволил выявить более высокий процент отклонений от нормы у больных с УГМ с более значительными изменениями и преобладанием их в одном из полушарий, в отличие от больных с СГМ, где отклонения были менее выраженными и характеризовались преимущественно билатеральным характером.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Л.Ф. Чепурная

НИИ детской курортологии и физиотерапии, Евпатория, Республика Крым

Удельный вес осложнений перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ), их распространенность и многообразие, а также высокая социальная значимость заболевания обусловливают необходимость применения санаторно-курортного лечения как одного из важных этапов реабилитации больных в общем поэтапном (стационар–поликлиника-санаторий) лечении.

Под наблюдением находилось 74 ребенка в возрасте 10-15 лет, перенесших сотрясение головного мозга легкой степени и, имеющих церебрастенический синдром. На санаторно-курортное лечение в специализированный санаторий «Искра» дети поступали из разных регионов Украины. Длительность заболевания составила от одного до 24 месяцев.

Цель работы. Изучить психоэмоциональное и когнитивное состояние у детей с последствиями легкой ЧМТ.

Исследования включали оценку жалоб, изучение психоэмоционального тонуса и когнитивных функций. Психоэмоциональное состояние изучали по тестам Айзенка, CMAS, ТДСФС и опросника актуальных страхов. При изучении когнитивных функций применялись: краткая шкала исследования психического статуса (MMSE), батарея тестов для оценки лобной дисфункции (FAB), зрительно-пространственных функций (метод рисования часов).

Жалобы на головную боль, повышенную утомляемость, раздражительность, проблемы с засыпанием характерны были для всех детей, 30% обследованных отмечали снижение памяти.

По данным психологического тестирования отмечено преобладание детей с экстраверсией (77%). Характерны высокие уровни страхов (63%), утомляемости (58%), раздражительности (47%), нейротизма (43%) и тревожности (12%).

Средний балл по шкале MMSE составил 24,5±0,19, что свидетельствует о когнитивных нарушениях незначительно и умеренно выраженных у 54,6% детей, а также о доминировании снижения ориентирования в месте и времени, снижении концентрации внимания и расстройств памяти в структуре общего когнитивного дефицита.

По шкале FAB средний балл составил 14,5±0,2, что свидетельствует об умеренных когнитивных нарушениях у 18,0% детей, с доминированием снижения процессов концептуализации и беглости речи.

Зрительно-пространственные функции также были умеренно нарушены у 18,0% и составили 8,8 балла.

Легкие когнитивные нарушения часто выступают как первые клинические признаки дезадаптации организма.

Таким образом, из приведенных данных видно, что у большинства детей, перенесших легкую степень ЧМТ, изменен психоэмоциональный тонус и страдают когнитивные функции. Поэтому проблема предупреждения и коррекции ранних и отдаленных последствий травм головного мозга требует координации усилий на всех этапах оказания медицинской помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ

Д.С. Черемисина
Тольяттинский государственный университет, Тольятти, Россия

Социально-психологической адаптацией является сближение целей и ценностных ориентаций группы и входящего в нее индивида, усвоение им норм, традиций, групповой культуры, вхождение в ролевую структуру группы. В ходе социально-психологической адаптации осуществляется не только приспособление подростка к новым социальным условиям, но и реализация его потребностей, интересов и стремлений; личность входит в новое социальное окружение, становится его полноправным членом, самоутверждается и развивает свою индивидуальность.

Цель исследования. Определить содержание способов психологической адаптации подростков с разными социальными позициями в группе.

Задачи исследования.

1. Проанализировать и обобщить теоретические источники по данной теме.
2. Провести экспериментальное исследование способов социально-психологической адаптации у детей подросткового возраста.
3. Выполнить обработку, количественный и качественный анализ и интерпретацию полученных результатов исследования.
4. Охарактеризовать способы социально-психологической адаптации у подростков по подгруппам согласно их статусного положения;
5. Разработать рекомендации для педагогического состава.

В качестве основных способов адаптации к трудным, стрессовым ситуациям, выделяют механизмы психологической защиты и копинг-стратегии.

Механизмы психологической защиты направлены на ослабление психического дискомфорта и реализуются, как правило, в рамках неосознанной деятельности психики.

В экспериментальном исследование способов социально-психологической адаптации подростков разных статусных позиций принимали участие 40 подростков ГБОУ с.Ягодное Ставропольского района Самарской области. Исследование состояло из следующих этапов: определение статусного положения с помощью метода «Социометрия», исследования уровня напряженности 8 основных психологических защит («Индекс жизненного стиля» Р Плутчик, а так же определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности («Копинг-тест» Р. Лазаруса).

По результатам разделили на 4 выборки: звезды, предпочитаемые, принимаемые, отвергнутые.

В статусную позицию «принимаемые» и «отвергнутые» вошел большой процент выборки 27,5% и 35% соответственно.

Подростки со статусным положением «принимаемые», преобладающими механизмами защиты являются «проекция» (6,18) и «отрицание» (6). «Принимаемые» практически не используют такие копинги как «Конфронтационный», «Принятие ответственности» и «Поиск социальной поддержки». Про эту группу подростков можно сказать, что они умеют контролировать свои эмоции и чувства, а так же используют аналитический подход для выхода из проблемной ситуации, но они могут не принимать свою роль в проблеме.

Анализ результатов исследования подростков, принадлежащих к статусу «отвергаемые» показал, что преобладающими механизмами защиты являются «отрицание». Эту группу лиц можно охарактеризовать тем, что они могут проявлять агрессию при достижение поставленной цели и враждебность и отделиться от ситуации или уменьшить ее значимость.

Следующий этап нашей работы был направлен на изучение способов адаптаций: сочетаний копинг-стратегий и психологических механизмов защит в каждой подгруппе. Для этого мы применили математический критерий корреляции Манна-Уитни.

«Принимаемые» используют все копинги, и можно предположить, что в самой ситуации ярко проявляется эффективные и неэффективные копинг-стратегии: «бегство-избегание», «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка». Ситуация, в которую вовлечен подросток, управляет выбором той или иной стратегией.

«Отвергаемые» в основном используют неконструктивные копинги. «Дистанцирование» в сочетании с механизмом защиты «подавление» выражается в скрытой конфликтности личности, подросток в этом случае переживает межличностную дезадаптацию, а в сочетании с «компенсацией», направленной через «конфронтацию», может указывать на позицию «против всех». Таким способом они компенсируют свое социальное положение, переживание своего социального статуса.

Анализ теоретических исследований и полученные результаты эмпирического исследования в ГБОУ сош. с. Ягодное Ставропольского района Самарской области позволили нам разработать рекомендации для педагогов и классных руководителей, для улучшения социально-психологического климата, чтобы выровнять отрицательное положение подростков социальных позиций «отвергаемых» и «принимаемых»:

1. Педагогом данного класса выявить возможности подростков вошедших в социальную позицию «принимаемые» и «отвернутые» и способствовать организации жизнедеятельности подростков для его саморазвития, учитывая заложенные природой возможности;

2. Проявлять уважение к личности ребенка и его достоинству. Принять его цели, запросы, интересы. Способствовать в создании условий для самоопределения, самореализации, самодвижения и развития – непременное условие процесса адаптации.
3. Выявить у подростков общие увлечения, предпочитаемую досуговую деятельность, если не выявлено, то заинтересовать общей деятельностью;
4. При невысоких учебных успехах подростков быть щедрым на похвалу, за другие положительные проявления в поведенческой деятельности. Хвалить в присутствии сверстников, а указывать на ошибки наедине;
5. Для подростков, попавших в социальную позицию «принимаемые» и «отвергнутые» создавать ситуации «успеха». Радость «успеха» помогает подросткам ощутить собственную самоценность и придает жизненную силу;
6. Давать возможность выразить свою точку зрения;
7. Способствовать организации совместной деятельности подростков, как в учебной, так и внеучебной деятельности;
8. Не сравнивать между собой подростков по принципу «лучше-хуже», «умеет-не умеет», сравнивать результаты самого подростка «вчера» и «сегодня»;
9. Развивать личную и социальную компетентность подростков, то есть развить у них позитивное отношение к самим себе и к окружающему обществу;
10. Воспитание дезадаптированного подростка направить на самосознание, самоопределение, саморазвитие;
11. Провести социально-психологический тренинг на развитие сплоченности и развитие коммуникативных умений;
12. Устраивать внеклассные мероприятия (дни рождения, поездка в кино, театр, поход, школьные дискотеки), опираясь на интересы и склонности подростков.

Результаты проведенного исследования могут служить основой для организации коррекционно-развивающей работы с подростками неблагополучных социальных позиций в группе сверстников, которую организует и проводит школьный психолог.

Литература.

1. Олейников В.С. Методологический анализ социально-психологической адаптации личности. /Дис. канд. фил. наук, М.,1982.
2. Райс, Ф. Психология подросткового и юношеского возраста/Ф. Райс. – СПб.: Питер, 2000. – 624 с.
3. Черемисина, Д.С., Костакова И.В., Проявление адаптационных механизмов в подростковом возрасте // Научное сообщество студентов 21 столетия. Гуманитарные науки: материалы 13 студенческой международной заочной научно-практической конференции. – 2013 - с. 138-142.

МЕТОД МОНИТОРИНГА КРОВЕНАПОЛНЕНИЯ АОРТЫ В ДИАСТОЛИЧЕСКИХ ФАЗАХ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА

Н.Н. Чернов, Д.Ф. Македонский
ФГАОУ ВПО Южный Федеральный Университет, Ростов-на-Дону, Россия

Недостаточность кровенаполнения сердца в диастолических фазах, а именно в фазу ранней диастолы и систолы предсердия, ведет к изменению функционирования частей сердца и увеличение насосной функции аорты. Такие изменения приводят к дисбалансу малого и большого круга кровообращения. Ранняя диагностика диастолических параметров гемодинамики, в период бессимптомных проявлений, является гарантией снижения хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В работе представлены результаты разработки принципов построения мониторинговой системы для косвенной регистрации кровенаполнения аорты на основе реографии, с учетом компенсации дыхательного ритма. Сигнал реограммы, несущий информацию об изменениях в восходящей части аорты, возможно получить только при локальном расположении электродов на ней. Решение этой задачи возможно при помощи точечных электродов, которые располагаются в зоне аорты. Используя регистрацию только реограммы, синхронизировать ее с каким либо стандартным отведением ЭКГ, без учета фазового анализа, не представляется возможным. Для компенсации дыхательного ритма необходимо учитывать исходную точку начала отсчета времени, через которую должна проходить изолиния реограммы. Без синхронизации фаз ЭКГ и реограммы, не представляется возможным адекватно оценить, как связаны процессы на ЭКГ с динамикой кровенаполнения, фиксируемой реограммой. Решение задачи синхронизации ЭКГ и реограммы позволяет адекватно выделить диастолическую фазу сердечной активности.

Технически реализация задачи синхронизации осуществляется путем регистрация ЭКГ и реограммы с одного электрода. Электроды подающие на тело сигнал генератора частотой 100 кГц располагаются рядом с электродами снимающими сигнал ЭКГ и реограммы одновременно. Их разделение происходит с помощью фильтрации. ЭКГ пропускается через фильтр с полосой пропускания 0,5 – 15 Гц. Реограмма выделяется в этой же полосе частот, но предварительно высокочастотный сигнал детектируется и выделяется огибающая, отражающая кровенаполнение сосудов. Одной из особенностей повышения минимизации взаимовлияния обеих сигналов друг на друга является временная коммутация двух сигналов. Это используется и в процессе дальнейшей аналого–цифровой обработки сигналов. При этом частота коммутации используется одновременно и при детектировании огибающей реограммы. Критериями количественной оценки функционирования диастолических фаз сердечного цикла в восходящей аорты являются два параметра, а именно объем крови, притекающий в желудочек сердца в фазу ранней диастолы, характеризующий присасывающую функцию желудочка, и объем крови, притекающий в желудочек сердца в фазу

систолы предсердия, характеризующий сократительную функцию предсердия. Для качественной оценки кровотока необходим анализ формы реограммы, которая отражает две функции: первую – венозный кровоток, вторую – сократимость предсердия.
Изложенное является не только теоретической модификацией тетраполярной реографии, переводя ее в метод точечной реографии, но и позволяет синхронно фиксировать два сигнала разной природы с одного электрода. Такой подход позволяет эффективно реализовать метод технически. Существенное упрощение при съеме информации, достоверность критериев оценки регистрируемых сигналов, а также простота и экономический эффект обосновывают отличительные особенности метода и целесообразность его технической реализации.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО МЕТОДУ Р. ФОЛЛЯ У ПАЦИЕНТОВ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А.В. Черногорцев, Е.Б. Новикова
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

С учетом роста хронических заболеваний бронхолегочной системы и одновременно рост аллергических реакций при использовании аллопатических препаратов актуальным является применение нелекарственных терапевтических методов лечения. По данным научно-практических исследований перспективно применение у пациентов пульмонологического профиля гомеопатических препаратов.
Разнообразие клинической картины и ряда индивидуальных особенностей пациентов с хроническими заболеваниями легких требуют от врача прецизионного научно-практического подхода к выбору комплексных гомеопатических препаратов при медицинской реабилитации пациентов данного профиля. Данными возможностями обладает электропунктурная диагностика по методу Р. Фолля (ЭПФ).
Цель. Выявить особенности результатов электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля у пациентов с хроническими заболеваниями бронхолегочной системы при использовании в терапии дополнительно комплексных гомеопатических препаратов.
Задачи. Исследовать показатели измерения электрокожной проводимости у пациентов с хроническими заболеваниями легких в разных фазах заболевания.
Проанализировать результаты электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля в группах с общепринятой терапией и с дополнительным применением в лечении комплексных гомеопатических препаратов.
Материалы и методы. Исследовались две группы пациентов (172 пациента) с хроническими заболеваниями легких в период обострения и в фазе ремиссии (в течение месяца после терапии), из них 132 пациента получали дополнительно к основному курсу терапии комплексные гомеопатические препараты. Комплексное клинико-инструментальное, лабораторное обследование пациентов включало: физикальное обследование, спирографию, рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, клинический анализ крови, мочи, мокроты, электропунктурную диагностику по методу Р. Фолля.
Использовались комплексные гомеопатические препараты: Траумель С, Эхинацея композитум СН, Мукоза композитум, Лимфомиозот. Индивидуальный выбор конкретного (одного из четырех указанных) комплексных гомеопатических препаратов для дополнения к основному курсу терапии осуществлялся с учетом медикаментозного теста ЭПФ.
Результаты исследования. Объективизация состояния пациентов достигалось комплексным клинико-инструментальным и лабораторным обследованием.
В процессе ЭПФ мониторинга выявлено достоверное улучшение показателей измерения электрокожной проводимости. Данная динамика выражалась в нормализации показателей измерения максимального отклонения стрелки (МОС) и диапазона возврата стрелки (ДВС) после лечения в обеих группах. Результаты ЭПФ коррелировали с данными клинико-инструментальных и лабораторных исследований. В то же время, при сравнении результатов в группе пациентов получавших наряду с общепринятым лечением комплексные гомеопатические препараты выявлены более позитивные значения показателей ЭПФ при проведении обследования в течение месяца после терапии.
Выводы. Выявлено позитивное влияние индивидуально подобранных комплексных гомеопатических препаратов у пациентов с хроническими заболеваниями бронхолегочной системы на показатели измерения ЭПФ при проведении исследования в течение месяца после терапии. Доказана эффективность использования индивидуального гомеопатического средства в интегративном подходе к лечению пациентов данного профиля.

НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЭЛЕКТРОДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕПЕРНОГО ПРИНЦИПА И ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ

И.М. Черныш
НИЦ, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Отечественные и зарубежные исследования, посвященные проблемам качества медицинской помощи, свидетельствуют о неуклонном росте осложнений диагностики и лечения и увеличении заболеваний, развитие которых обусловлено дефектами оказанной медицинской помощи. Значительную долю ятрогенной патологии составляют побочные эффекты лекарственной терапии. Указанные обстоятельства обусловливают актуальность дальнейших разработок безлекарственных лечебно-профилактических медицинских технологий. Стратегия развития

физио- и рефлексотерапии – основных направлений нелекарственной терапии - ориентирована на разработку комплексных диагностико - терапевтических технологий, объединённых в едином аппаратном обеспечении. В соответствии с этой стратегией разработана новая технология электродиагностики и терапии с использованием реперного принципа и динамической электронейростимуляции.

Разработан принципиально новый методический подход к проведению электропунктурной диагностики (ЭПД) - «биореперный», в основе которого лежит подбор индивидуального напряжения тестирования по «реперной» точке, позволяющий учитывать индивидуальные различия электрокожного сопротивления каждого пациента на момент проведения обследования. Это обеспечивает повышение точности и информативности диагностики, а главное – персонифицировать диагностическую процедуру. Разработанная модификация метода для мелких домашних животных позволяет рекомендовать ее для широкого внедрения в практику ветеринарной медицины. На основании анализа и обобщения клинического опыта использования ЭПД «Биорепер» выявлены и обоснованы новые возможности ее применения: возможность проведения медикаментозного тестирования гомеопатических препаратов, а также - осуществление мониторинга функционального состояния пациентов и прогнозирования длительности курсового лечения по реперной точке.

Разработанный новый метод импульсной электротерапии с динамически меняющимися параметрами электростимуляции на основе мониторинга поверхностного импеданса кожи (МПИК) позволяет оптимизировать лечебные алгоритмы за счет автоматического изменения параметров электростимуляции в зависимости от изменения импеданса тканей в зоне воздействия, повышает эффективность стимуляции за счет снижения привыкания нервных элементов к электрическим стимулам. На основе МПИК разработаны две базовые программы ДЭНС - минимальной эффективной дозы электростимуляции (МЭД) и выявления латентных триггерных рефлексогенных зон (Скрининг). Обе программы, направленные на оптимизацию параметров электростимуляции, обеспечивают обоснованный выбор оптимальных персонифицированных лечебно-реабилитационных алгоритмов в зависимости от индивидуальных клинических особенностей пациентов и их реакций на проводимое воздействие. Полученные клинические и физиолого-биохимические данные позволяют рекомендовать ДЭНС в качестве эффективного метода физио- и рефлексотерапии как при лечении болевых синдромов, так и при всех состояниях, связанных со снижением резистентности организма и нарушением гомеостаза. Обосновано применение ДЭНС в ветеринарии, которое можно рассматривать как своеобразное экспериментальное обоснование использования этого метода в медицине, свободное от психотерапевтического эффекта.

Разработанная комплексная технология электродиагностики и терапии обеспечивает персонализацию лечебно-профилактических и реабилитационных воздействий как в медицинской, так и ветеринарной практике, способствует повышению эффективности лечебно-диагностических мероприятий.

РОЛЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМОБЕСПЕЧЕНИИ СПОРТА ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ

С.В. Чечиль

Клиника мануальной терапии доктора Чечиля, Москва, Россия

Цель большого спорта - достижение максимально возможных спортивных результатов и побед на крупнейших спортивных соревнованиях. Причём высшие достижения профессиональных спортсменов имеют не только личное значение, но и вносят существенный вклад в укрепление авторитета всей страны на мировой арене. Во время выступления на соревнованиях функционирование практически всех систем организма проявляется в зоне абсолютных физиологических и психических пределов здоровья человека. Спорт высших достижений кардинально отличается от обычных занятий физическими упражнениями: двух- или даже трёх- разовые ежедневные тренировки, постоянный психологический прессинг, нагрузки многократно превышают физические способности обычного человека, необходимость постоянно «быть в форме», краткие акклиматизационные промежутки. В течение длительного времени тело спортсмена испытывает колоссальные физические нагрузки, в результате чего наступление состояния «перетренированности», а также риск получить травму крайне высоки.

В задачи медико-биологического обеспечения спорта высших достижений входят:- разработка комплексных научно обоснованных диагностических и корригирующих программ с целью охраны здоровья спортсменов, продление спортивной карьеры;

- снижение уровня заболеваемости и инвалидизации спортсменов сборных команд России вследствие заболеваний и травм в результате занятий профессиональным спортом;
- обеспечение спортсменов России эффективными медико-биологическими технологиями для достижения и поддержания спортивной формы на заданном уровне.

Повышение спортивной работоспособности в ходе тренировочной и соревновательной деятельности спортсменам достигается комплексом мероприятий: системная психо-физическая реабилитация (которая включает массаж, различные методики мануального воздействия и современную аппаратную физиотерапию); фармакологическая коррекция утомления и стресса; специализированное спортивное питание и БАД; назначение искусственных газовых смесей. В промежутках между соревнованиями спортсменам применяются методы нано-молекулярной коррекции нейро-медиаторного статуса (с использованием низкомолекулярных пептидов), а также осуществляется коррекция психофизиологического статуса. Сотрудничество с Министерством спорта РФ с ноября 2012 года и активная работа с национальной сборной России по лыжным гонкам на зарубежных сборах сделали возможным получить бесценный

врачебный опыт – принять участие (в качестве спортивного врача национальной сборной) в подготовке и выступлениях российских лыжников на Чемпионате мира в Валь-ди-Фьемме (Италия) в 2013 году и на зимних Олимпийских Играх в Сочи в 2014 году. На протяжении многих лет мы оказываем лечебно-консультативную помощь спортсменам в «Клинике мануальной терапии доктора Чечиля». С 2004 года под наблюдением находилось более 50 спортсменов. Среди наших клиентов члены сборной России по лыжным гонкам - Никита Крюков, Алексей Петухов, Максим Вылегжанин, Александр Панжинский, Константин Главатских, а также чемпионка России и серебряный призер Чемпионата Европы 2012 года в парном фигурном катании Вера Базарова.

Каждый вид спорта имеет свою специфику, но основные нагрузки у спортсменов приходятся на опорно-двигательный аппарат (ОДА), который испытывает основные перегрузки, чаще всего проявляющиеся миофасциальными болевыми синдромами (МФБС).

Например, в футболе спортсмены испытывают перегрузки икроножных мышц, часто происходит нарушение арочного свода стопы, а искусственное покрытие поля вызывает профессиональную травму большого пальца ноги. Аналогичные нагрузки на икроножные мышцы испытывают горнолыжники, для профилактики спортивного травматизма которым необходима одновременно и стабилизация голеностопного сустава, и его пластичность, а также гибкость всей локомоторной системы. Специфика парного фигурного катания такова, что каждое приземление партнёрши на лед после прыжка приходится, как правило, на одну и ту же ногу. Нагрузка распределяется неравномерно, в результате чего одна часть тела всегда перегружается сильнее. Именно поэтому регулярные восстановительные процедуры после тренировок и соревнований, помогающие справляться с высокими нагрузками, для фигуристов особенно важны.

Для всех этих видов спорта квалифицированная помощь мануального терапевта играет большую роль. Мануальная медицина в России интегрировала подходы различных мировых школ, соединила в себе знания неврологии и травматологии и Приказом Минздрава России №365 от 10.12.1997 года введена в реестр врачебных и провизорских специальностей (№69). В основе мануальной медицины лежит глубокое изучение биомеханики – раздела биофизики, изучающего механические процессы в биологических системах. Биомеханика - наука о закономерностях положений и движений целостного организма при взаимосвязях его с окружающей средой. Основоположник функциональной анатомии П. Ф. Лесгафт утверждал, что все системы и органы взаимосвязаны и являются частью единого целостного живого организма. Н.А.Бернштейн связывал биомеханику с изучением психологии и психики движений, обосновал механизмы многоуровневой системы построения и управления движениями человека. В теории биомеханики рассматриваются: строение и свойства тканей, развитие тела как биомеханической системы, эффективность двигательных систем в целом, а также условия формирования и совершенствования движений, как сложных действий [1,2]. Использование её, так называемых «мягких техник», основанных на сочетании новейших западных лечебных методик с традиционными методами восточной медицины и направленных на исправление дефектов движения, максимально эффективно при восстановлении спортсменов после тренировок и показательных выступлений, а также при их реабилитации после травм. Накопленные знания и опыт многолетней работы с заболеваниями ОДА позволяют проводить мануальное лечение на соответствующем высоком научно-практическом уровне.

В основе МФБС лежат различные патобиомеханические нарушения (ПБМИ) – функциональный блок, локальная гипермобильность, регионарный постуральный дисбаланс мышц, миофасциальные триггерные точки, которые приводят к неоптимальному статико-динамическому стереотипу. Применение средств физической реабилитации в процессе восстановительного лечения предусматривает предварительную подготовку мышечно-фасциального аппарата к физической нагрузке, восстановление статического и двигательного стереотипа, а также нормализацию общего состояния организма спортсмена. В комплекс восстановительных мероприятий включают чаще всего мягкотканевую мануальную терапию: мышечно-фасциальные техники, ПИРМ, полирецепторную и биодинамическую коррекцию, висцеральные и суставные техники.

Мягкие техники мануальной терапии основаны на патогенетических и саногенетических принципах и направлены на восстановление механизмов саморегуляции. Мануальная терапия учитывает все механизмы формирования болевых синдромов: нейромышечный (с нарушением нейромышечных и нейроторофических процессов), сосудистый и интерстициальный (с нарушением трофики и санации микро- и макросистем), статико-динамический (при котором происходит нарушение гравитационного отягощения всех регионов позвоночника)[3]. Висцеральная мануальная терапия (совокупность приёмов лечения механических, функциональных нарушений внутренних органов живота, таза и грудной клетки) показана не только пациентам с хроническими заболеваниями внутренних органов для коррекции висцерального ритма без применения лекарственных препаратов, но и спортсменам для поддержания здоровья и профилактики многих болезней[4].

Использование ортопедических стелек полного контакта фирмы «Formthotics», которые благодаря уникальному материалу идеально принимают форму стопы, не блокируя её движения, и значительно снижают ударную нагрузку, что особенно важно для профессиональных спортсменов. При их использовании нагрузка распределяется равномерно, предотвращая дисфункции ОДА и возникновение болевых синдромов.

Таким образом, роль мануально-терапевтической коррекции в спорте крайне важна. Мануальная терапия обеспечивает оптимизацию двигательного стереотипа, осуществляет профилактику спортивного травматизма, увеличивает резервные силы спортсмена, способствует продлению спортивного долголетия, улучшению качества жизни за счет проведение патогенетического воздействия в комплексном восстановительном лечении. Коррекция проводится курсами по 7-9 сеансов и наиболее эффективно помогает мобилизовать резервные возможности и снять стресс-напряжение после спортивных соревнований, так как учитывает индивидуальные особенности каждого спортсмена в поддержании механизмов саморегуляции на высоком уровне.

Литература.

1. Бернштейн Н.А. Биомеханика и физиология движений. Избранные психологические труды //Под ред. В.П. Зинченко 2-е изд., - М.: «МОДЭК», - 2004. – 688с.
2. Сафоничева О.Г., Хадарцев А.А., Еськов В.М., Кидалов В.Н. Теория и практика восстановительной медицины. Сер. Мануальная диагностика и терапия. Москва – «ИНФА», - 2006. – 151с.
3. Сафоничева О.Г. Восстановительное лечение опорно-двигательной системы. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук/ Тульский государственный университет. Тула, 2007.
4. Саморуков А.Е., Будылин С.П. Новые технологии мануальной терапии в коррекции сомато-висцеральных дисфункций. Актуальные вопросы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии» // Материалы Межд. Конгресса «Здравница - 2002». М. -2002. – С.184.

РЕЗУЛЬТАТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ ЧЕЛОВЕКА, РАЗРАБОТАННОЙ НА ОСНОВЕ ТЕОРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ АКАДЕМИКА П.К. АНОХИНА

Д.А. Шаменков, А.Ю. Ульянин, К.В. Судаков
Фонд Сколково, Москва, Россия
*Школа «*Система управления здоровьем*», Москва, Россия*
НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМ, Москва, Россия
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Данная работа посвящается нашему Учителю, академику РАМН К.В.Судакову, чьи идеи легли в основу «Системы управления здоровьем».

Цель настоящей работы. Исследование влияния инновационной системы управления здоровьем человека, разработанной на основе теории функциональных систем академика П.К.Анохина, (далее, - Система управления здоровьем, СУЗ) на качество жизни человека.

Настоящее исследование проводилось в ходе онлайн-тренинга «Синхронизация 1.0» Школы «Система управления здоровьем», который проходил с 9 апреля по 9 мая 2014 года. В тренинге приняли участие 163 человека, средний возраст - 39 лет, 8 месяцев, 60% - женщины.

Цель тренинга - обучение участников инновационной Системе управления здоровьем, получение участниками практического опыта применения СУЗ в повседневной деятельности для улучшения здоровья и качества жизни. В ходе тренинга использованы современные информационно-коммуникационные технологии (социальные сети и интерактивные онлайн-семинары - вебинары). Сообщество участников тренинга, включая родственников участников, тренера и его помощников, представляет из себя системную организацию - функциональную систему, системообразующим фактором в которой служит результат по достижению участниками высокого качества жизни.

Как мы писали ранее (Шаменков Д.А., Судаков К.В., 2013), в такой социально организованной функциональной системе, наряду с индивидуальным представительством каждого пользователя, формируется обобщенный социально значимый информационный акцептор результата действия, строящийся на компьютерной социальной сети. Данная системная организация направлена на получение знаний о собственном здоровье и здоровье пользователей со сходным профилем эмоционально-личностных качеств, заболеваний и стремлений. Это создает условия для взаимосодействия людей по сходным программам действий и коллективного обогащения как объединенного аппарата акцептора результатов действий, так и индивидуальных акцепторов результатов действий у отдельных пациентов.

В системе предусмотрено участие тренера, прошедшего специальное обучение, который организует обратную связь, вносит в систему необходимые руководства, используемые в дальнейшем другими участниками системы.

Деятельность пользователей в системе приводит к удовлетворению их потребности в получении информации, к формированию на этой основе программ действий для повышения качества жизни и реализации созданных программ.

Конечным результатом деятельности системы является улучшение соматического и психоэмоционального состояния пациентов, повышение уровня общественного здоровья популяции, объединенной в предлагаемую функциональную систему.

Предлагаются следующие принципиальные положения модели общественной функциональной системы на основе теории функциональных систем:

Социальная система управления здоровьем строится на основе принципа иерархии функциональных систем.

Создание общественной функциональной системы управления здоровьем с обобщенным в ней информационным акцептором результата действия происходит благодаря результативному взаимодействию пользователей системы, основанному на личностных мотивациях.

Обратное влияние предлагаемой модели и, главным образом, обобщенного информационного акцептора результата действия приводит к повышению результативности функциональной системы за счет обмена информацией между пользователями.

Формат тренинга:

За несколько дней до старта тренинга участники получили материалы с подробным описанием ключевых упражнений Системы управления здоровьем, их научно-популярным обоснованием. В первый день тренинга проведен вводный онлайн-семинар (вебинар), в ходе которого тренер повторил общие принципы СУЗ, сделал подробное описание и научное объяснение (в научно-популярной форме) ключевых упражнений СУЗ, подробно ответил на вопросы участников.

В течение 30 дней участники тренинга формировали динамический стереотип управления здоровьем через регулярное повторение упражнений СУЗ, обменивались опытом практики в закрытой группе в социальной сети Facebook. Каждое утро все желающие собирались в интерактивной вебинарной комнате на групповое упражнение, нацеленное на развитие осознанности («Практика молчания СУЗ») (Шаменков Д.А., 2009; Kabat-Zinn J., 1982, 1985, 1988, 1992, 1995, 2003, 2008, 2013; Bradley R., 2013; Barker KK., 2014).

Каждую неделю участники с тренером собирались в интерактивной вебинарной комнате для обсуждения хода практики и получения ответов на накопившиеся вопросы (всего - 8 вебинаров, 2 раза в неделю). После каждого проведенного вебинара участникам предоставлялась запись, к которой можно было получить доступ на протяжении тренинга.

Перед началом тренинга, сразу после его окончания участники проходили исследование качества жизни. Во всех трех измерениях приняли участие 55 человек.

Метод. Исследование влияния Системы управления здоровьем на качество жизни проводили с использованием опросника Всемирной организации здравоохранения для определения качества жизни (ВОЗКЖ-100). Опросник ВОЗКЖ-100 разработан ВОЗ с целью получения качественного и независимого инструмента оценки качества жизни людей вне зависимости от социального, культурного, демографического и политического контекста.

Качество жизни, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику оценки человеком своего физического, психического и социального функционирования.

100 вопросов ВОЗКЖ позволяют оценить качество жизни в 6 сферах жизни человека: физическая сфера, психологическая сфера, независимость, социальная активность, окружающая среда и духовность. Кроме того, 4 вопроса оценивают качество жизни в целом.

ВОЗКЖ-100 является многомерным инструментом, позволяющим получить как оценку качества жизни респондента в целом, так и частные оценки по отдельным сферам и субсферам жизни. При этом он дает не только общую меру, но и целый профиль качества жизни, позволяя проводить многомерный анализ.

Полученные результаты. Результаты исходного исследования: физическая сфера 13,70 (m±0,35, m - стандартная ошибка среднего, n=55), психологическая сфера 13,87 (m±0,36), уровень независимости 16,64 (m±0,26), социальные взаимоотношения 13,70 (m±0,34), окружающая среда 14,72 (m±0,28), духовная сфера 16,69 (m±0,39), суммарная оценка 89,32 (m±1,52).

Результаты заключительного исследования (через 4 недели после начала тренинга): физическая сфера 16,30 (+18.97%) (m±0,30), психологическая сфера 16,08 (+15.9%) (m±0,30), уровень независимости 18,19 (+9.3%) (m±0,21), социальные взаимоотношения 15,45 (+12.7%) (m±0,33), окружающая среда 16,67 (+13.2%) (m±0,27), духовная сфера 17,79 (+6.6%) (m±0,28), суммарная оценка 100,59 (+12.6%) (m±1,35).

По результатам исходного исследования можно выделить две группы участников - группа №1 - с исходно низким суммарным показателем здоровья (ниже среднего значения по группе 89.32) - 26 человек, и группа №2 - с исходно высоким суммарным показателем здоровья (выше среднего значения по группе) - 29 человек.

Результаты исходного исследования группы №1 (m - стандартная ошибка среднего, n=26): физическая сфера 12,04 (m±0.40), психологическая сфера 11,88 (m±0,46), уровень независимости 15,53 (m±0,34), социальные взаимоотношения 12,06 (m±0,42), окружающая среда 13,31 (m±0,37), духовная сфера 14,85 (m±0,59), суммарная оценка 79,67 (m±1,68).

Результаты заключительного исследования группы №1 (через 4 недели после начала тренинга): физическая сфера 15,28 (+26,94%) (m±0,50), психологическая сфера 14,89 (+25,31%) (m±0,47), уровень независимости 17,41 (+12,14%) (m±0,35), социальные взаимоотношения 14,24 (+18,07%) (m±0,48), окружающая среда 15,58 (+17,05%) (m±0,39), духовная сфера 17,15 (+15,54%) (m±0,49), суммарная оценка 94,57 (+18,69%) (m±2,08).

Результаты исходного исследования группы №2 (m - стандартная ошибка среднего, n=29): физическая сфера 15,18 (m±0,40), психологическая сфера 15,66 (m±0,26), уровень независимости 17,63 (m±0,28), социальные взаимоотношения 15,17 (m±0,36), окружающая среда 15,99 (m±0,25), духовная сфера 18,34 (m±0,29), суммарная оценка 97,97 (m±0,84).

Результаты заключительного исследования группы №2 (через 4 недели после начала тренинга): физическая сфера 17,22 (+13,4%) (m±0,28), психологическая сфера 17,15 (+9,56%) (m±0,28), уровень независимости 18,89 (+7,14%) (m±0,16), социальные взаимоотношения 16,54 (+9,02%) (m±0,36), окружающая среда 17,64 (+10,35%) (m±0,28), духовная сфера 18,55 (+1,13%) (m±0,28), суммарная оценка 105,99 (+8,19%) (m±1,05).

Выводы. Применение современных информационно-коммуникационных и образовательных технологий на основе теории функциональных систем П.К.Анохина позволило создать эффективную систему для сохранения здоровья людей. СУЗ может быть применимым и потенциально эффективным методом улучшения качества жизни среди людей, испытывающих в этом потребность.

СУЗ особенно эффективна в группе пациентов с исходно низким уровнем качества жизни (ниже 89.32). Наибольшее улучшение качества жизни показано в физической сфере (+26,94%), психологической сфере (+25,31%) и социальных взаимоотношениях (+18,07%), в суммарной оценке (+18,69%).

Направления дальнейшего изучения СУЗ: проведение дополнительных исследований участников тренинга через 3 месяца, 1 год и 3 года после окончания тренинга, разработка рандомизированных клинических исследований применения СУЗ в группах участников, имеющих различные заболевания.

ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА РАЗНЫХ ЛЕТ ОБУЧЕНИЯ

Е.Ю. Шаламова, В.Р. Сафонова, О.Н. Рагозин
БУВО ХМАО-Югры Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Россия

Обучение в медицинском вузе сопровождается интенсивными психоэмоциональными нагрузками, которые могут приводить к снижению адаптивных возможностей организма студента, уменьшению психологической устойчивости к стрессовым ситуациям [3], а также к ухудшению качества жизни. Важным фактором, определяющим неравенство в здоровье, является пол; для женщин характерны более высокие показатели нездоровья [5, С.27]. Гендерные различия проявляются в процессе адаптации к обучению в вузе: для девушек отмечено умение «рационально организовать свой распорядок дня, тем самым минимизировать дискомфорт, связанный с дефицитом времени», а также более ответственное отношение к учебе [1, С.6].

Исходя из этого, целью исследования было изучение гендерных отличий качества жизни студентов медицинского вуза разных лет обучения. Для реализации цели, были поставлены задачи: исследовать качество жизни студентов 1и 2 курсов лечебного факультета; выявить гендерные отличия качества жизни студентов 1 и 2 курсов; сравнить выраженность гендерных отличий у студентов первого и второго года обучения.

Материалы и методы. Исследование проходило в 2013-2014 учебном году. В нем приняли участие студенты лечебного факультета Ханты-Мансийской государственной медицинской академии: 1 курс – 57 девушек и 22 юноши (средний возраст соответственно 17,67±0,58 г. и 17,73±0,46 г.); 2 курс –48 девушек и 22 юноши (средний возраст соответственно 18,65±0,67 г. и 19,00±1,07 г.) (здесь – M±SD).

Качество жизни было исследовано при помощи неспецифического (общего) опросника SF-36 [2]. Этот опросник в настоящее время широко применяется для исследования качества жизни здоровых людей и больных с различными нозологиями, так как он «предполагает дифференцированный подход к оценке составляющих качества жизни в зависимости от пола и возраста» [1, С.5].

Опросник SF-36 включает 36 вопросов, которые группируются в 8 шкал. Из них 4 шкалы позволяют характеризовать физический компонент здоровья: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH). Другие 4 шкалы характеризуют психологический компонент здоровья респондентов: жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психологическое (ментальное) здоровье (MH). Показатели шкал могут варьироваться от 0 до 100 баллов. 100 баллов соответствуют наибольшему благополучию, 0 баллов – свидетельствуют о максимальном ограничении жизнедеятельности: чем выше значения шкалы, тем более благополучен респондент по этому критерию.

Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием программы Statistica-8. Проверка нормальности распределения производилась с использованием трех методов: Колмогорова-Смирнова, Лиллиефорса и Шапиро-Уилки [4]. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости (p) принимался равным 0,05. Для проверки статистических гипотез применяли непараметрические методы – корреляция по Спирмену (r), тест Манна-Уитни. В ходе проверки основной гипотезы определили шкалы опросника SF-36, распределение данных которых подчиняется нормальному. У девушек студенток 1 курса это были шкалы VT и MH, у студенток 2 курса – VT и MH. Нормальному распределению у юношей подчинялись данные шкал: у студентов 1 курса – GH,VT и MH; у студентов 2 курса –GH,VT и MH. Так как данные большинства шкал не подчинялись нормальному распределению, показатели качества жизни представили в таблицах 1, 2 в виде медианы (Me), первого (Q1) и третьего (Q3) квартилей[4].

Таблица 1. *Показатели качества жизни студентов 1 курса лечебного факультета ХМГМА (баллы)*

Шкалы SF-36	Юноши (n=22)			Девушки (n=57)			P
	Медиана	Q1	Q3	Медиана	Q1	Q3	
PF	100,00	90,00	100,00	85,00*	70,00	90,00	0,0004
RP	50,00	25,00	75,00	50,00	25,00	75,00	0,6072
BP	84,00	74,00	100,00	80,00	62,00	100,00	0,1204
GH	74,50	52,00	92,00	67,00	55,00	80,00	0,2912
VT	52,50	30,00	60,00	35,00*	25,00	45,00	0,0403
SF	75,00	50,00	88,00	75,00	50,00	88,00	0,8783
RE	50,50	34,00	100,00	34,00	0,00	100,00	0,4537
MH	64,00	52,00	80,00	52,00*	36,00	64,00	0,0164

Примечания: сравнение независимых выборок осуществлялось непараметрическим критерием Манна-Уитни.
* - статистически значимые различия независимых выборок при p<0,05.

Полученные результаты. Наиболее высокие показатели у первокурсников обоего пола обнаружили по шкале PF. При этом качество жизни юношей было значимо выше по этому критерию (p=0,0004). У второкурсников обоего пола наиболее высокие значения также обнаружили по шкале физическое функционирование; для них сохраняется тенденция к большему благополучию юношей (p=0,0755). Шкала PF позволяет оценить, насколько состояние здоровья респондента ограничивает выполнение физических нагрузок: самообслуживание, ходьбу, подъем по

лестнице, ношение тяжестей, выполнение существенных мышечных нагрузок [2]. Чем выше значения шкалы PF, тем больше объем повседневной физической нагрузки, не ограниченный состоянием здоровья. В исследовании Н.А.Агаджаняна, И.В. Радыша (2009) показатели PF девушек-студенток московского вуза превышали таковые студентов мужского пола [1].

Шкала RP характеризует степень ограничения выполнения работы или повседневных обязанностей проблемами, связанными со здоровьем; показывает роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности [2]. Снижение значений шкалы RP говорит о том, что физическое состояние здоровья респондента ограничивает его повседневную деятельность. Показатели RP у студентов 1 курса разного пола практически не отличались: у 50% девушек и юношей значения находились в диапазоне 25,00–75,00 баллов (Q1–Q3). Среди шкал, формирующих физический компонент качества жизни, показатели RP были наиболее низкими у представителей обоего пола, что свидетельствует об ограничении их повседневного ролевого функционирования состоянием физического здоровья. У студентов второго года обучения среди шкал физического компонента здоровья наиболее низкие средние характеристики также обнаружили для шкалы RP.

Шкала интенсивность боли показывает силу повседневных болевых ощущений и то, насколько боль ограничивала респондента в повседневной деятельности в домашних условиях и вне его в течение последнего месяца [2]. Чем выше значения шкалы BP, тем меньше, по мнению респондента, он испытывал болевых ощущений или боль ограничивала его жизнедеятельность. В нашем исследовании студенты 1 курса обоего пола были субъективно вполне благополучны по этому критерию качества жизни. У студентов 2 курса значимых гендерных отличий по шкале BP также не обнаружили. В определенной степени болевые ощущения ограничивали физическую активность второкурсников: у 50% юношей значения находились в диапазоне 52,00–100,00 баллов, девушек – 62,00–100,00 баллов (Q1-Q3).В исследованиях Н.А. Агаджаняна, И.В. Радыша (2009) девушки-студентки демонстрировали более высокие показатели по шкале BP, чем юноши [1].

Таблица 2. Показатели *качества жизни студентов 2 курса лечебного факультета ХМГМА (баллы)*

Шкалы SF-36	Юноши (n=22)			Девушки (n=48)			P
	Медиана	Q1	Q3	Медиана	Q1	Q3	
PF	95,00	85,00	100,00	90,00	80,00	95,00	0,0755
RP	50,00	50,00	100,00	50,00	25,00	75,00	0,2104
BP	82,00	52,00	100,00	77,00	62,00	100,00	0,9546
GH	82,00	72,00	92,00	67,00*	55,00	77,00	0,0011
VT	60,00	50,00	75,00	47,50*	35,00	60,00	0,0039
SF	88,00	63,00	100,00	75,00	63,00	88,00	0,0612
RE	67,00	34,00	100,00	34,00	17,00	67,00	0,1067
MH	64,00	56,00	84,00	54,00*	44,00	64,00	0,0050

Примечания: сравнение независимых выборок осуществлялось непараметрическим критерием Манна-Уитни.
* - статистически значимые различия независимых выборок при $p<0,05$.

Шкала GH показывает, как респондент оценивает состояние своего здоровья на момент обследования – высокие значения свидетельствуют о хорошей оценке [2]. По показателям общего состояния здоровья у первокурсников гендерных отличий не выявили; они проявляются у второкурсников – на момент обследования юноши оценивали свое качество жизни по этому критерию значимо выше (p=0,0011). Можно было ожидать улучшения субъективного восприятия состояния здоровья у студентов 2 курса, в связи с адаптацией к новой системе обучения, однако этого не произошло: показатели шкалы GH у студентов 1 и 2 курсов обоего пола были сопоставимы. В исследовании Н.А. Агаджаняна, И.В. Радыша (2009) более высокие показатели по шкале GH обнаруживались у респондентов женского пола [1].

По значениям шкалы жизненная активность (жизнеспособность) можно оценить, насколько респондент в течение месяца перед обследованием ощущал себя полным сил и энергии; их уменьшение наблюдается при утомлении, снижении жизненной активности [2]. У первокурсников по этому критерию качества жизни обнаружили значимые гендерные отличия: юноши были более благополучны (p=0,0403). У 50% девушек значения этой шкалы были существенно снижены и находились в диапазоне 25,00–45,00 баллов(Q1-Q3). Жизненная активность студентов 2 курса в сравнении с первокурсниками повышалась. У 50% студенток 2 курса значения находились в диапазоне 35,00–60,00 баллов (Q1-Q3).У 50% юношей студентов 1 курса значения находились в диапазоне 30,00–60,00 баллов, 2 курса – 50,00–75,00 баллов (Q1-Q3).Среди студентов 2 курса по шкале VT сохранялись гендерные отличия: жизненная активность юношей была выше (p=0,0039). Это совпадало с данными, полученными в исследовании Н.А. Агаджаняна, И.В. Радыша (2009) [1].

Показатели шкалы SF позволяют определить, насколько респондент удовлетворен уровнем своей социальной активности, включающей общение с друзьями, родными, в коллективе и др., и в какой мере физическое или эмоциональное состояние ограничивало эту активность в течение месяца перед обследованием [2]. В нашем исследовании социальная активность первокурсников обоего пола была достаточно высокой и практически не различалась (p=0,8783): у 50% юношей и девушек значения шкалы SF находились в диапазоне 50,00–88,00 баллов (Q1–Q3). У студентов 2 курса среди шкал психологического компонента средние характеристики SF были наиболее высокими; проявлялась тенденция к большему благополучию юношей (p=0,0612).В исследовании Н.А. Агаджаняна, И.В. Радыша (2009) не были обнаружены гендерные отличия в уровне SF московских студентов [1].

Среди шкал психологического компонента наиболее низкие значения медианы отметили для RE: Me у юношей составила 50,50 баллов, у девушек – 34,00 баллов. При этом разброс значений шкалы RE у девушек был очень значительным: у 50% показатели находились в диапазоне 0,00–100,00 баллов(Q1-Q3). У студенток 2 курса наиболее

низкие средние характеристики также отметили для шкалы RE. Значимых гендерных отличий по шкале RE у студентов 1 и 2 курсов не выявили. По этому показателю можно оценить, насколько эмоциональное состояние мешает выполнению работы или повседневной деятельности: увеличивает затраты времени, снижает ее объем и качество [2]. Чем выше значения шкалы RE, тем меньше повседневная жизнедеятельность респондента ограничена эмоциональным состоянием. В исследовании Н.А. Агаджаняна, И.В. Радыша (2009) девушки были более благополучны по этому критерию [1].

Шкала MH позволяет исследовать настроение респондента в течение 4 недель перед обследованием, определить наличие депрессии, тревоги, положительных эмоций. Снижение показателей по шкале MH говорит о психологическом неблагополучии, наличии депрессивных или тревожных состояний [2]. По шкале MH качество жизни юношей студентов 1 курса было значимо выше, чем их сокурсниц (p=0,0164). Как оказалось, юноши чувствовали себя в течение последнего месяца перед обследованием значимо более спокойными, умиротворенными. У студентов 2 курса по этой шкале сохранялись гендерные отличия: показатели юношей были значимо выше (p=0,0050).Напротив, в исследовании Н.А. Агаджаняна, И.В. Радыша (2009) этот критерий качества жизни был более высоким у девушек [1].

Выводы.

1. При исследовании качества жизни студентов разных лет обучения по всем значимым отличиям более благополучны были юноши.
2. У первокурсников обнаружили значимые гендерные отличия по шкалам PF,VT,MH.
3. У студентов 2 курса среди шкал физического компонента здоровья степень гендерных отличий по шкале PF снизилась до тенденции за счет повышения качества жизни девушек; проявились гендерные отличия в субъективной оценке общего состояния здоровья.
4. Среди шкал психологического компонента здоровья у второкурсников сохранялись гендерные отличия по шкалам VT и MH.

Литература.

1. Агаджанян Н.А., Радыш И.В. Качество и образ жизни студенческой молодежи // Экология человека. –2009. –№5. – С.3–8.
2. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ» // Научно-практическая ревматология. –2008. –№1. –С. 36–48.
3. Бисалиев Р.В. Психологические аспекты адаптации студентов медицинского вуза // Современные наукоемкие технологии. –2007. –№4. –С.97–98.
4. Бююль А., Цефель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. Издательство: ДиаСофт, 2005.– 608 с.
5. Курбатов А.В., Амлаев К.Р., Муравьев К.А. Современное состояние проблемы неравенства в здоровье: экологические, гендерные, экономические аспекты (обзор) // Вестник Ставропольского государственного университета. –2011. –№ 3.– С. 24–30.

РАЗРАБОТКА МЕДИЦИНСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ WINDOWS STORE

С.А. Шевцов, Н.Н. Музалёв
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение. Первичная и вторичная профилактика социально-значимых заболеваний (в т.ч. депрессивных расстройств) с помощью ранней диагностики и максимальная диспансеризация населения России на основе программного обеспечения с использованием дистанционных информационных технологий являются особо важными в последние десятилетия (Скворцова В.И., 2012). Одним из способов данной диагностики может служить использование программного обеспечения из Windows Store - магазина приложений для операционной системы Microsoft Windows 8.

Цель. Разработка технического задания и программного обеспечения для скрининг-диагностики и профилактики депрессии с помощью Windows Store.

Материалы и методы. После обучения на сайте http://www.microsoft.com/ru-ru/student/default.aspx мы разрабатывали основные параметры приложения с помощью бесплатных программ для ЭВМ Notepad++ и Visual Studio 2012 Express. Используемыми нами этапами разработки были: 1) Форматирование имеющейся текстовой информации о свободно-распространяемом тесте Цунга (The Zung self-rating depression scale) с помощью языка разметки HTML4; 2) Создание алгоритмов программы через язык программирования Javascript; 3) Разработка непосредственно самого приложения, используя программу для ЭВМ Visual Studio 2012 Express; 4) Публикация приложения в Windows Store.

Результаты. Разработанная нами в Windows Store программа «Тест оценки стресса и депрессии» по адресу http://apps.microsoft.com/windows/ru-ru/app/49892b36-5325-4fec-9c43-8297392a4daa в настоящее время применяется для первичной и вторичной профилактики депрессивных расстройств у русскоязычного населения РФ и СНГ.

Выводы. С помощью технологий компании Microsoft возможна разработка приложений для медико-психологической диагностики и профилактики аффективных и других заболеваний.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ

С.А. Шевцов, Л.В. Смекалкина, С.А. Божко, Т.П. Рязанцева, А.В. Новиков
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия
ЗАО «Открытая клиника», Москва, Россия

Введение. Методы нелекарственной терапии депрессий лёгкой степени, сопровождающих большинство психосоматических расстройств с болевым синдромом, в том числе и дорсопатии шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, в последние годы изучаются очень активно в нашей стране и во всем мире (Антропов Ю.Ф., 2011, Агасаров Л.Г., 2013, Малаховский В.В., 2014, Stallard P., 2012).
Цель. Сравнительное изучение эффективности психотерапии депрессии непсихотического уровня в формате как монотерапии, так и в сочетании с применением лечебной физкультуры, у пациентов с дорсопатиями.
Материалы и методы. Нами было проведено клиническое обследование с оценкой психического статуса на момент первичного осмотра и в динамике с использованием шкал: общего клинического впечатления (Clinical Global Impression), оценки депрессии Гамильтона (HAMD-17) и применялся также опросник Цунга.
В исследование были включены 130 пациентов с диагнозом по МКБ–10: расстройство адаптации, F43.22 и лёгкий депрессивный эпизод, с соматическими симптомами F32.01. Количество баллов по шкале HAMD-17 составляло от 8 до 16 баллов, что соответствует лёгкой степени депрессивного нарушения – minor depressive disorder. Все больные были в возрасте от 18 до 45 лет, средний возраст – 35,2±3,7 лет. Пациенты и основной (сочетанное применение методов, 68 человек, 52,3%) и контрольной (только психотерапия, 62 исследуемых, 47,7%) группы завершили полный курс лечения в течение 28 дней.
Результаты. Только на 28 день терапии выявились достоверные различия между группами по шкалам HAMD-17 и CGI. У 77,9% пациентов основной группы имело место клиническое «заметное улучшение» симптоматики и только у 17,7% из контрольной ($p<0,01$). Только в контрольной группе было 8% пациентов без положительной динамики ($p<0,01$).
Выводы. Было показано, что лечебная гимнастика в сочетании с краткосрочной психотерапией достоверно эффективнее по сравнению с использованием только одной психотерапии непсихотической депрессии у больных с дорсопатиями.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ II-III СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

М.В. Шелыхманова
ГБОУ ВПО Самарский Государственный медицинский университет, Самара, Россия
НИИ восстановительной медицины и реабилитации СамГМУ, Самара, Россия

Сколиоз - тяжелое прогрессирующее заболевание позвоночника, нарушающее функцию сердца, легких, нервной системы, часто приводящее к инвалидности и трудно поддающееся терапии.
Цель работы. Улучшить результаты лечения больных диспластическим сколиозом II – III степени, основная задача - разработка эффективного патогенетически обоснованного лечебного комплекса, с использованием методов восстановительной медицины.
Под наблюдением в течение 3 лет находилось 50 детей в возрасте от 9 до 18 лет с диагнозом диспластический сколиоз II и III степени с дугой искривления от 20° до 60°. Методом случайной выборки были выделены две группы. Группу сравнения (25 человек) составили 15 пациентов (60%) со сколиозом II степени и 10 (40%) – III степени. Они получали традиционную консервативную терапию, включающую занятия лечебной гимнастикой, лечебный массаж и электростимуляцию паравертебральных мышц спины, витаминотерапию. В основной группе - 20 детей (80%) со сколиозом II степени и 5 (20%) со сколиозом III степени проводился разработанный нами лечебный комплекс, включающий: модифицированную разгрузку позвоночника, одновременное применение локальной гипобаро- и ДДТ-терапии, сочетанное воздействие массажа и электростатического поля, дифференцированную кинезотерапию и оптимизацию режима дня с использованием специального корригирующего устройства. В обеих группах курс консервативного лечения проводился два раза в год по 10 дней. До и после курса лечения всем больным проводилась комплексная диагностика, включающая клинико-рентгенологическое обследование, компьютерную оптическую топографию (КОТ), электромиографию (ЭМГ) мышц спины, оценку функции внешнего дыхания (ФВД) и электротермометрию (ЭТМ), определение статической и силовой выносливости мышц. Контрольное обследование проводилось 1 раз в год.
В результате лечения у детей со сколиозом II степени в основной группе величина сколиотической дуги в грудном отделе рентгенологически уменьшилась в среднем на 4,25±0,3º, или на 22,7% от исходного ($P<0,05$), в поясничном отделе сколиотическая дуга уменьшилась в среднем на 4±0,4º, или на 22%от исходного ($P<0,05$); у пациентов группы сравнения с II степенью сколиоза достоверных изменений не было. Достоверное увеличение амплитуды осцилляций ЭМГ наблюдалось только в основной группе от m. trapeziussinistri у пациентов со II степенью сколиоза в 1,9 раза, а у пациентов с III степенью сколиоза в 2,4 раза. В процессе лечения положительные изменения ФВД достоверными были только в основной группе. Теплоотдача спины только в основной группе становилась статистически достоверно выше в среднем на 1,0±0,4°С. Достоверно значимые изменения в показателях КОТ произошли у всех детей со II степенью сколиоза. В группе сравнения улучшились 2 показателя (PTI и PTI-OG), в основной - 3 (PTI, PTI-OG, PTI-S). Силовая выносливость прямой мышцы живота в группе сравнения достоверно не изменилась: оценка «плохо» - у

95,24% детей. В основной группе - у 100% пациентов была оценка «удовлетворительно». При II степени деформации стабилизация течения заболевания наблюдалась в основной группе у 80% детей, а в группе сравнения только у 46,6% (P<0,05), при III степени - разница была не достоверной. Прогрессирование деформации регистрировалось только в группе сравнения у 26,7% детей со сколиозом II и у 40% - III степени. Клинико-статистические показатели, предусмотренные методами доказательной медицины, показали, что в основной группе лечебные мероприятия были более эффективным.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ: «УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ»

Т.Ф. Шерина, С.А. Божко
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

В среде дерматологов термин «угревая болезнь» появился сравнительно недавно. Появление угревой сыпи является первым вестником отклонений от нормы функций систем организма. В процессе различных заболеваний, возникают токсические продукты, которые попадают в лимфу, кровь. Кожа вместе с потом и другими кожными секретами пытается удалить их из организма. Если нарушаются различные звенья иммунной системы, токсическая нагрузка на кожу увеличивается, и на этом фоне возникают различные кожные заболевания, в том числе, угревая сыпь. Считается, что провоцирующими факторами являются гормональные нарушения, патология в желудочно-кишечной системе, наследственность, а так же кожная микрофлора Propionibacterium granulosum, Staphylococcus epidermitis, клещи Demodex. Этиотропная диагностика и лечение угревой болезни является актуальной проблемой.

Цель исследования. Изучение возможности энергоинформационных методов диагностики и этиотропной терапии угревой болезни.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 26 пациентов с угревой болезнью в возрасте от 16 до 37 лет. Проводилось исследование динамики электропроводности (ЭП) в БАТ при медикаментозном тестировании этиологических факторов. Нами применялась электропунктурная диагностика с медикаментозным тестированием в модификации доктора Юсупова. Для реализации метода использовался аппаратно-программный комплекс «ЮПРАНА-Про». Составлялся «рецепт», в который включались волновые характеристики этиологических нозодов и гомеопатических препаратов, при подключении которых к измерительному току показатели ЭП БАТ становился нормальным (60 у.е.). Волновые характеристики «рецепта» переносились в энергоинформационное лечебное средство из индеферентного вещества, которое обладает электретным свойством. На месячный курс лечения назначались всего 10 «таблеток». Всем пациентам проводился общий анализ крови и, при необходимости, назначалась дополнительная консультация специалистов, таких как гастроэнтеролог и эндокринолог.

Результаты. Исследования выявили резонансный отклик при подключении к измерительному току волновых характеристик этиологических нозодов Meningococcus, Staphylococcus koagulasopos., Staphylococcus epiderm., Strepthococcus hemolytic., Strepthococcus virid., Yersinia enter., Disenterie, Amoben, Opistorchosis, Lamblia intest., Demodex, Parotitis, Cytomegalovirus, V Epstain-Barr в различных комбинациях у разных пациентов. Характер угревой сыпи зависел в основном от кокковой флоры. Так у пациентов, у которых выявлялся менингококк, элементы сыпи были единичными и локализовались на лице и грудной клетке. Элементы крупные, болезненные, без «гнойничка». Если угри средних размеров с гнойной пустулой, местами сливающие и оставляющие рубчики, выявлялся Staphylococcus koagulasopos., если рубчики не остаются, то выявлялся Staphylococcus aureus. Мелкая, поверхностная сыпь с множеством элементов, локализующихся на лице, груди и спине характерна для стрептококков. Положительная динамика после 1-го курса отмечена у 24 (94%) пациентов, после 2-х курсов лечения угревая сыпь полностью исчезла у 17 (66%), удовлетворительный результат отмечен у 6 (23%), незначительное улучшение – у 3 (11%) пациентов.

Выводы. Этиологией угревой болезни являются комплексы различных бактерий, вирусов и паразитов. Характер элементов сыпи в большей степени зависит от кокковой флоры, принимающих участие в патологическом процессе совместно с вирусами, паразитами и кишечной флорой. Лечение угревой болезни энергоинформационным средством с индивидуально подобранными волновыми характеристиками этиологических нозодов и гомеопатических лекарств является этиотропным и потому достаточно эффективным.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ АДАПТОМЕТРИИ В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

М.И. Шпитонков
МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия
Вычислительный центр им. А.А. Дородницына РАН, Москва, Россия

Оценка внешних воздействий на биологические популяции является актуальной задачей для исследований в биологии и медицине. Общей неспецифической реакцией групп организмов на изменение внешних воздействий является изменение уровня корреляций их физиологических параметров. Этот эффект дает полезное средство для оценки эффективности проводимого лечения – метод корреляционной адаптометрии. Цель данной работы – показать возможность применения данной методики для некоторых медицинских задач.

Метод корреляционной адаптометрии был применен для оценки эффективности лечения больных с разной степенью ожирения. В исследование было включено 70 больных в возрасте от 18 до 60 лет, страдающих ожирением 1- 3 степени у которых исследовались некоторые биохимические показатели до и после соответствующего лечения. С использованием методики корреляционной адаптометрии удалось показать эффективность проведенного лечения для всех групп больных.
Также метод корреляционной адаптометрии был применен для оценки эффективности заместительной гормональной терапии (ЗГТ) у женщин в постменопаузе с циркуляцией волчаночного антикоагулянта. В рассматриваемом исследовании были использованы данные 125 женщин, получавших в течение года различные препараты ЗГТ. У пациенток динамически (с интервалом в 3 месяца) контролировались следующие параметры: индекс массы тела, модифицированный менопаузальный индекс, общий холестерин, ферменты печени АСТ и АЛТ, показатели гемостазиограммы, показатели тромбоэластографии. С помощью метода корреляционной адаптометрии была показана чрезмерность продолжительности годового курса ЗГТ и целесообразность перехода к полугодовому курсу.
Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 12-07-00789.

Литература.
1.Разжевайкин В.Н., Шпитонков М.И. Корреляционная адаптометрия. Модели и приложения к биомедицинским системам // Математическое моделирование. 2008. Т.20. №8. - С.13-27.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПРОЕКТА FREUDZONE

О.Г. Шульгина
НИУ Высшая школа экономики, Москва, Россия

В современном обществе, в эпоху стремительного развития информационных технологий психология как наука все еще очень далека от технического прогресса. Многие исследователи предъявляют испытуемым бумажные версии стандартизированных методик, а затем обрабатывают их вручную, чтобы получить результаты по шкалам, что занимает большое количество времени. Другие используют различные конструкторы тестов и опросов и собирают данные онлайн, однако, на данный момент не существует доступного и удобного конструктора, который бы полностью отвечал потребностям психолога-исследователя: разнообразные типы вопросов, обработка по шкалам, стандартизация, математическая статистика.
Мы провели исследование, целью которого было выявить основные проблемы при организации и проведении психологического тестирования, а также, при обработке результатов. Исследование проводилось на базе факультета психологии Иркутского государственного университета. В исследовании приняли участие 18 студентов 3 курса. Метод – фокус-группа. По результатам проведенной нами фокус-группы было выявлено, что 80 % участников предъявляют испытуемым бумажные версии тестов и отмечают, что обработка занимает очень много времени, 20 % пользуются онлайн-конструкторами опросов, однако, считают, что ни один конструктор не позволяет создать полную версию теста. Статистическая обработка результатов также представляет определенную сложность для студентов-психологов. 94 % из них испытывают трудности с программой SPSS, 63 % пользуются автоматическими расчетами статистических критериев в интернете, остальные прибегают к помощи своих товарищей и преподавателей. Также, студенты-психологи отметили, что существенной проблемой психологического исследования является поиск выборки. 100 % участников отметили, что стараются находить выборку в комфортных для них местах: на своем факультете, в университете, в организациях, в которых они работают, или в тех, где у них есть знакомства. 94 % отмечают, что испытывают дискомфорт, договариваясь о проведении исследования с незнакомыми людьми. Такие испытуемые часто отказываются проходить тесты, исследователю приходится их уговаривать, он испытывает чувство вины из-за то, что отнимает у них время. Студенты-психологи считают, что предлагать участвовать в исследовании нужно тем людям, кто замотивирован проходить тесты.
Таким образом, у нас возникла идея сервиса, который будет решать данные проблемы и оптимизировать психологические исследования. FreudZone – это онлайн-площадка для взаимодействия психологов-исследователей и людей, которые интересуются самопознанием. Для психологов это возможность создавать онлайн-версии психологических тестов с помощью специального конструктора полного цикла: множество типов вопросов, обработка по шкалам, стандартизация, математическая статистика. Также, это возможность находить выборку и общаться с другими исследователями онлайн. Любителям психологических тестов проект поможет познавать себя качественно, получая результаты от профессионального психолога. В рамках фокус-группы была озвучена идея проекта, 100 % участников отметили, что идея является актуальной, и что они обязательно стали бы пользоваться таким сервисом.

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

И.П. Шурыгина, Е.В. Кабардина, М.К. Шуликова
ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский институт Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия
ГБУ Ростовской области Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы. Оценить эффективность комплексной терапии тромбоза центральной вены сетчатки (ЦВС) и ее ветвей, осложненного кистозным макулярным отеком (КМО), по данным оптической когерентной томографии (ОКТ).
Задачи работы. 1. Провести ОКТ – исследование макулярной области сетчатки у пациентов с тромбозом ЦВС и ее ветвей до лечебно-реабилитационных мероприятий. 2. Провести сравнительное ОКТ – исследование макулярной области сетчатки у пациентов с тромбозом ЦВС и ее ветвей после проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.
Материалы и методы. Под наблюдением находилось 32 пациента (32 глаза) с вторичным макулярным отеком в результате тромбоза ЦВС и ее ветвей – 11 женщин и 21 мужчина. Средний возраст больных составил 60,5 ± 5 лет. У 10 пациентов был тромбоз ЦВС (ишемического типа), у 12 пациентов – тромбоз ветви ЦВС (ишемического типа) и у 10 пациентов тромбоз ветви ЦВС (неишемического типа). Продолжительность заболевания к моменту начала комплексного лечения составила от 1,5 до 3,0 месяцев. Перед началом и после реабилитационного лечения всем пациентам поводилось стандартное офтальмологическое обследование с включением качественного и количественного ОКТ – исследования толщины сетчатки в центральной зоне. В зависимости от полученного лечения пациенты были разделены на две группы. В 1-у группу (основную) вошло 16 пациентов (16 глаз), которые получили лазеркоагуляцию тканей глазного дна (ЛТГД) и интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза (ранибизумаба) по стандартной методике. Во 2-у группу (сравнения) вошло 16 пациентов (16 глаз), которые получили только ЛТГД.
Полученные результаты. По данным ОКТ в 1-ой группе (основной) до лечения показатель толщины сетчатки составил 620 ± 55 мкм, во 2- ой группе (сравнения) – 609 ± 45 мкм соответственно. Через месяц после лечения толщина сетчатки в центральной зоне уменьшилась у всех пациентов в обеих группах, но в различной степени. В 1-ой группе (основной) после лечения показатель толщины сетчатки составил 345 ± 48 мкм ($p<0,05$), во 2- ой группе (сравнения) – 530 ± 52 мкм ($p>0,05$) соответственно. В 1-ой группе (основной) острота зрения повысилась с 0,25 ± 0,12 до 0,55 ± 0,18, напротив, во 2-ой группе (сравнения) острота зрения повысилась с 0,22 ± 0,15 до 0,35 ± 0,18 соответственно. Повышение зрительных функций у пациентов обеих групп коррелировало с уменьшением макулярного отека по данным офтальмоскопической картины глазного дна и уменьшением показателя толщины сетчатки по данным ОКТ.
Выводы. 1. ОКТ - является современным диагностическим, высокоинформативным, неинвазивным методом прижизненного исследования биологических тканей глаза в норме и при патологии.
2. Возможность точной морфометрической оценки параметров анатомических структур с помощью ОКТ, в частности, толщины сетчатки позволяет оценить отек ткани сетчатки и эффективность различных лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с сосудистыми заболеваниями органа зрения.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ СТУДЕНТОВ ГБОУ ПЕРВЫЙ МГМУ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА

О.П. Эмирвелиева, И.К. Бражникова
ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение. За последние годы существенно возрос прием на 1 курс Университета отечественных и зарубежных граждан. Медицинское обслуживание студентов осуществляется в соответствии с федеральным законодательством и директивами московского правительства относительно охраны здоровья студентов, а также с учетом традиций Университета, медицинской специализации вуза. Для этого в структуре Первого МГМУ им. И.М. Сеченова успешно функционирует специальное подразделение - Клинико-диагностический центр, на базе которого проводится медицинские профилактические осмотры обучающихся.
Актуальность исследования определяется необходимостью совершенствования и индивидуализации охраны и укрепления здоровья обучающихся, организации медосмотров, формирования здорового образа жизни, обучающихся.
Цель работы. Изучить эффективность организации медицинских осмотров обучающихся, профилактики заболеваний у обучающихся.
Материал и методы. Изучен опыт организация медицинского обслуживания и профилактических медицинских осмотров студентов и других категорий обучающихся.
Результаты. Медосмотры студентов проводятся бригадой специалистов в составе терапевта, хирурга, акушера-гинеколога, невролога, офтальмолога, оториноларинголога, дермато-венеролога, уролога, стоматолога. Уже с 1 курса проводится следующий перечень лабораторных исследований: общий анализ крови, исследование крови на сифилис, ВИЧ, гепатит С и В. Проводится серологическое обследование на брюшной тиф, анализ крови на сахар. исследуются мазки на гонорею. Также проводится исследование на носительство возбудителей кишечных инфекций, исследование

на гельминтозы. Проводится общий анализ мочи. Исследуются мазки из зева и носа на наличие патогенного стафилококка.
При выявлении отклонений со стороны отдельных органов и систем и при неустановленном диагнозе назначаются необходимые консультации врачей-специалистов и дополнительные лабораторные и функционально-диагностические исследования. После установления группы здоровья в зависимости от заболевания или отклонения в состоянии здоровья назначаются индивидуальные лечебно-оздоровительные мероприятия, включая при необходимости стационарное, санаторное лечение и восстановительную терапию в амбулаторных условиях, рекомендации и контроль режима учебы, отдыха, питания и т.д. На всех больных, взятых под диспансерное наблюдение, заполняется **Контрольная карта диспансерного наблюдения.** В течение всего года студентам всех курсов при необходимости в соответствии и Национальным календарем прививок проводится вакцинация (против дифтерии, краснухи, кори, гепатита). С середины сентября начинается вакцинация против гриппа. Перед вакцинацией студенты заполняют информированное добровольное согласие на вакцинацию.
Заключение. Созданная и функционирующая система медицинского обслуживания в рамках студенческого отделения клинико-диагностического центра Университета обеспечивает систематическое и успешное проведение предварительных и периодических медицинских осмотров, лечебно-профилактических мероприятий по охране и укреплению здоровья студентов и других категорий обучающихся.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

М.Т. Эфендиева, Н.Г. Бадалов, В.В. Голубева
ФГБУ Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии МЗ РФ, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить целесообразность и эффективность применения переменного магнитного поля низкой частоты (ПМПНЧ) и нафталана больным гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с сопутствующей бронхолегочной симптоматикой.
Материал и методы. Под наблюдением находилось 80 больных неэрозивной формой ГЭРБ с сопутствующей бронхолегочной симптоматикой, в возрасте от 21 до 58 лет. Средняя продолжительность ГЭРБ составила 14±0,75 лет, средняя продолжительность бронхиальных проявлений - 7,9+0,6 лет.
Наблюдаемые больные были разделены на 3 группы. Больным I группы (28 человек) проводилось воздействие ПМПНЧ. Пациенты II группы (29 чел.) получали комплексное лечение, включающее ПМПНЧ и аппликации нафталана на область проекции корней легких. В контрольную группу вошли 23 больных ГЭРБ, не получающих физиотерапию.
В наблюдаемой группе больных ГЭРБ с сопутствующей бронхолегочной симптоматикой у 39(49,8%) установлен сопутствующий диагноз хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), у 21(26%)- бронхиальная астма (БА). У 20(25%) пациентов, отмечающих периодически кашель по ночам, при объективном обследовании бронхолегочная патология не выявлена.
Установлено, что у 87,5% пациентов изжога предшествовала возникновению кашля, и лишь у 12,5% пациентов изжога возникла на фоне длительной бронхиальной патологии: у 7,7% больных с ХОБЛ, у 4,6%– с бронхиальной астмой.
В результате проводимой терапии жалобы на изжогу купировались у 50% пациентов I группы и 55% - II-ой. Полное купирование кашля отмечалось у всех пациентов I и II групп с отсутствием воспалительных изменений в бронхах. В I группе имело место уменьшение кашля у 25% больных ХОБЛ. Во II группе, купирование кашля после курса лечения отмечалось у 55% пациентов, значительное уменьшение – у 45%.
Динамика клинических проявлений заболевания подтверждалась данными лабораторных и инструментальных исследований (уровня лейкоцитов, фибриногена в крови, содержанием лейкоцитов и эозинофилов в мокроте, показателей спирометрии).
Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать применение ПМПНЧ в комплексе с нафталаном в лечении больных ГЭРБ с сопутствующей бронхолегочной симптоматикой.
Выводы. У больных ГЭРБ с сопутствующей бронхолегочной симптоматикой хронические воспалительные заболевания бронхов (ХОБЛ и БА) развиваются в 75% наблюдений.
На фоне неспецифической бронхолегочной патологии (ХОБЛ и БА) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь развивается у 12,5 % пациентов.
Применение ПМПНЧ и нафталана в комплексном немедикаментозном лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с сопутствующей бронхолегочной симптоматикой оказывает противовоспалительное и бронходилатирующее действие. При этом эффективность комплексного применения этих факторов, превосходит монотерапию ПМПНЧ.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДОШКОЛЬНИКАМ С КОММУНИКАТИВНЫМИ ТРУДНОСТЯМИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

С.В. Яковлева, С.Б. Лазуренко
ФГБУ Научный Центр Здоровья Детей РАМН, Москва, Россия

Актуальность. В связи с растущим числом детей с хроническими болезнями, ранней манифестацией многих из них, все большее внимание в современном обществе уделяется вопросам совершенствования комплексной психолого-медико-социальной помощи детям, в том числе в условиях круглосуточного стационарного лечения, где продолжительность лечения может достигать 21 дня. В программе психолого-педагогической реабилитации дошкольников с хронической патологией не выделены социально ориентированные задачи обучения и воспитания детей, длительно находящихся в стационаре. Это, в свою очередь, затрудняет решение вопроса развития социальной компетентности этих детей. Известно, что трудности коммуникации влияют на эмоциональное состояние и, как следствие, на процесс выздоровления. Поэтому актуальным направлением психолого-педагогической помощи детям в процессе их лечения являются занятия по развитию жизненных компетенций, а именно, овладение ими эффективными и разнообразными способами взаимодействия со сверстниками и взрослыми.

Материал и методы исследования. В ходе эксперимента было обследовано 43 дошкольника (3-5 лет) с хроническими болезнями различной этиологии. Использовались следующие методы изучения: анкетирование родителей, включенное наблюдение, тест «Нарисуй человека», констатирующий и обучающий эксперименты. Обсуждение. Констатирующий эксперимент показал, что у всех детей дошкольного возраста с тяжелыми соматическими заболеваниями отмечается несформированность коммуникативных навыков, навыка сотрудничества со взрослыми, негативное отношение к процессу познавательной деятельности. В ходе исследования были выделены 2 группы детей: 1 группа-с трудностями эмоционального порядка (сенситивные, тормозимые, испытывающие страх совершения ошибки, получения негативной оценки, чрезмерно демонстрирующие социальную желательность); 2 группа-дети с трудностями волевой регуляции поведения (с отсутствием целенаправленного контроля за поведением, возбудимые, импульсивные, не соблюдающие нормы и правила социального взаимодействия). Были определены доступные для детей виды деятельности: предметно-игровые действия, игровые упражнения, продуктивная деятельность и игровые ситуации. Организовывались индивидуальные игровые занятия, направленные на формирование интереса у каждого ребенка к взаимодействию с педагогом, а затем с родителем и сверстниками. Затем каждого ребенка обучали использовать невербальные и вербальные средства общения с педагогом и родителем при выполнении продуктивных видов деятельности. После этого детей организовывали в небольшие группы (3-4 ребенка) для проведения занятий рисуночной деятельностью, с целью развития у детей 1 группы навыков саморегуляции поведения, у детей 2 группы–развития эмоциональной сферы.

Результат. В ходе формирования социально-приемлемых способов взаимодействия у детей отмечаются общие и специфические трудности, они требуют дифференцированного подхода и специальной организации занятий, включения родителей. Контрольный эксперимент показал, что после прохождения психолого-педагогической реабилитации дети 1 группы стали лучше подчиняться правилам, внимательнее слушать взрослого; дети из 2 группы стали более активны и инициативны в общении. Таким образом, систематическая помощь за 21 день позволяет увеличить социальную компетентность дошкольников, снизить уровень коммуникативных трудностей, увеличить количество социально-приемлемых способов взаимодействия с окружающим миром как вербальными так и невербальными средствами общения.

КОРРЕКЦИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Яшков, Т.А. Сивохина, С.А. Бурмистрова
ГБОУ ВПО Самарский Государственный медицинский университет, Самара, Россия
ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара, Россия

Основным побочным эффектом большинства методов лечения рака предстательной железы является недержание мочи, причиняющее физический дискомфорт и являющееся серьёзным психотравмирующим фактором. Своевременное проведение комплекса реабилитационных мероприятий при условии следования пациентом поведенческой стратегии приводит к значительному улучшению функционального состояния мочевыделительной системы, обеспечивая более высокое качество жизни и тем самым, увеличивая реабилитационный эффект.

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) в настоящее время занимает 3 место в структуре злокачественных новообразований у мужчин [1,2]. В настоящее время применяются следующие методы лечения РПЖ: радикальная простатэктомия (РПЭ), трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы, высокоинтенсивная фокусированная ультразвуковая терапию (HIFU-терапия), лучевая терапия, брахитерапия и гормонотерапия. Основным побочным эффектом большинства методов лечения РПЖ является недержание мочи в той или иной степени выраженности. Так, частота встречаемости недержания мочи после радикальной простатэктомии и трансуретральной резекции составляет 30-38 %, после последовательно проведенных РПЭ или ТУР в сочетании с лучевой терапией процент недержания мочи увеличивается до 43-48%, после проведенной брахитерапии - 6,2%, после HIFU-терапии - 8,1% [2,3,4], что совпадает с данными наших исследований. Хотя недержание мочи представляет

собой, в большинстве случаев, временное явление, данная проблема встречается у 39-63% пациентов в течение первых двух лет после специализированного лечения, из них 24-56% пациентов пользуются урологическими прокладками или уропрезервативами. Недержание мочи также является серьёзным психотравмирующим фактором, который крайне негативно отражается на качестве жизни пациента [5,6].

В связи с этим проблема недержания мочи остается актуальной и социально значимой проблемой практического здравоохранения и обосновывает необходимость дальнейшего поиска более эффективных методов коррекции данного состояния.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 152 пациента, страдающих недержанием мочи, возникшим после проведенного противоопухолевого лечения. Реабилитационные мероприятия осуществляли в условиях отделения реабилитации ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер». Из числа обследуемых пациентов у 87 (57,2 %) была проведена радикальная простатэктомия, у 37 (24,3 %) - трансуретральная резекция + HIFU-терапия, у 7 (17,8%) - радикальная простатэктомия + лучевая терапия, одному пациенту (0,7%) - брахитерапия. Распределение больных по стадийности заболевания: pT1-2 N0-1M0 - 102 человека (66,6%) и pT3a-3b N0-1 M0 – 50 человек (33,4%).

По степени выраженности недержания мочи, оцененной на основании «прокладочного теста» пациенты распределились следующим образом: легкая степень - 46 человек (30,3 %), средняя степень - 100 человек (65,8 %), тяжелая степень - 6 человек (3,9 %). Недержание мочи к моменту обращения продолжалось не менее 2 месяцев и не имело тенденции к уменьшению. По виду недержания мочи на момент первичного обращения в отделение (через 2-3 месяца после противоопухолевого лечения) пациенты распределились следующим образом: у 101 человека (66,5 %) было выявлено стрессовое недержание, у 26 пациентов (17,1 %) - ургентная форма, а у 25 мужчин (16,4 %) - смешанный тип недержания.

Основным инструментом для оценки качества жизни нами был выбран опросник SF-36, шкалы которого варьировали от 0 до 100, где 100 соответствовало полному здоровью. Шкалы группировались в два интегральных показателя: «физический компонент здоровья» - PH1 и «психологический компонент здоровья» - PH2. Оценка качества жизни на момент начала реабилитационного курса по данным составляющим показала, что больше всего страдал показатель PH1 (у 76% пациентов) и несколько в меньшей степени показатель PH2 (у - 58% пациентов). Снижение качества жизни данных пациентов было связанно с нарушениями мочеиспускательной и половой функции и влекло за собой изменения эмоционального статуса. В большей мере это было обусловлено ограничением повседневной деятельности, тревожными переживаниями, ощущениями психического неблагополучия. В меньшей мере - с некоторым усилением болевых ощущений, ограничением социальных контактов.

Для выработки оптимальной программы реабилитации все пациенты были разделены на две группы. По своему составу группы были репрезентативны.

Первую группу составили 74 пациента (48,7 %), получавшие в течение 10 дней сеансы нейромышечной электростимуляции. Этот метод лечения направлен на укрепление ослабленных мышц мочевого пузыря и улучшение контроля мочеиспускания. Лечение проводилось по следующей методике: активный электрод (S = 50 - 70 см2) располагается в проекции мочевого пузыря над лоном, индифферентный (S = 150 см2) - в пояснично-крестцовой области; вид тока: синусоидальный модулированный; частота - 50 - 80 Гц; глубина модуляции - 50 - 75%; частота посылки импульса 2:3; сила тока - до отчетливых мышечных сокращений; продолжительность сеансов 15 минут, проводимых ежедневно.

Вторая группа состояла из 78 пациентов (51,3 %), которые также получали в течение 10 дней процедуры нейромышечной стимуляции по вышеописанной методике в сочетании с курсом специализированной лечебной физкультуры (ЛФК) и психокоррекционными занятиями. Терапевтический эффект лечебной физкультуры связан с тем, что гимнастические упражнения, повышая тонус всей мускулатуры тела, повышают тонус и мышц дна полости малого таза, что значительно улучшает их функцию. Ряд специальных упражнений, непосредственно воздействуя на мышцы данной области, также благотворно влияет на их сократительные свойства, что и дает общий лечебный эффект. Большое значение имеет и попеременное повышение и понижение внутрибрюшного давления, наблюдающееся при выполнении упражнений, что также рефлекторно влияет на укрепление мышц дна полости малого таза.

Проводили занятия ЛФК по усовершенствованной нами методике Д.Н.Атабекова (1949) и К.Н.Прибылова (1954) в модификации Ф.А.Юнусова (1985), а также в комплекс включали упражнения по методике А.Кегеля (1949). При этом ЛФК решало следующие задачи:

1. Стимуляция компенсаторно-приспособительных реакций в поврежденных тканях замыкательного аппарата мочевого пузыря и уретры с целью нормализации его деятельности;
2. Улучшение трофики органов малого таза, устранение неконтролируемых сокращений детрузора;
3. Укрепление мышечно-связочного аппарата тазового дна, мышц уретры, брюшной стенки и спины;
4. Снятие патологической доминанты в коре головного мозга;
5. Оказание общеукрепляющего воздействия на организм.

Высокую эффективность в достижении поставленных задач обеспечивало включение в лечебный комплекс пациентов физических упражнений в отведении и разведении бедер в исходном положении лежа на спине с приподнятым тазом; упражнений для нижних конечностей с сопротивлением в этом же исходном положении; упражнений, выполняемых в исходном положении стоя при плотно сомкнутых бедрах и напряжении приводящих мышц бедер; ходьбы короткими и скрестными шагами, ходьбы с зажатым между ногами набивным мячом, а также выполнения приседаний. С целью максимального укрепления мышечно-связочного аппарата в комплекс ЛФК включали специальные упражнения с изометрическим напряжением. Большинство специальных динамических упражнений пациенты выполняли с сокращением и расслаблением мышц промежности, кроме этого их обучали одновременному втяжению ануса и

попытке замкнуть наружное отверстие мочеиспускательного канала. Все упражнения выполнялись ритмично, в медленном или среднем темпе. Число повторений изометрических упражнений составило в начале курса 1-4 и к концу курса доводилось до 6-7; длительность напряжения 2-7 сек. Кроме специальных физических упражнений (для мышц промежности, таза, живота и спины) в комплекс были включены дыхательные и упражнения на расслабление. Продолжительность занятия лечебной физкультурой в течение курса увеличивалось с 20 до 40 минут. Комплекс упражнений выполнялся ежедневно в условиях отделения реабилитации под руководством инструктора с музыкальным сопровождением, затем повторялся самостоятельно в домашних условиях.

Психокоррекционные занятия проводились в виде индивидуальных психодиагностических бесед в сочетании с групповой формой работы по освоению навыков концентрационного расслабления.

Обе группы пациентов в начале курса реабилитации получали консультативную помощь с целью формирования поведенческой стратегии, включающей в себя изменения в образе жизни, питании и режиме мочеиспусканий. Через 3 месяца по окончании первого курса реабилитации проводился повторный курс по прежней схеме. В интервалах между лечением в отделение реабилитации пациенты второй группы продолжали ежедневно заниматься ЛФК в домашних условиях 2 раза в день.

Результаты. Оценку результатов проводили спустя 3 месяца после окончания второго курса лечения на основании субъективных ощущений пациентов и «прокладочного» теста.

Среди пациентов первой группы к моменту контрольного осмотра отсутствие симптомов недержания мочи отмечали у 9 исследуемых (12,2 %), недержание легкой степени – у 18 (24,7 %), средней степени – у 44 пациентов (59,1 %). Количество пациентов с тяжелой степенью было прежним (3 человека (4,0 %)).

Среди пациентов второй группы отсутствие симптомов недержания наблюдали у 21пациента (27,3%), легкую степень у 33 (41,2 %), среднюю степень - у 22 (28,9 %) и тяжелую степень - у 2 (2,6 %).

Оценка качества жизни на момент окончания реабилитационного курса, по исследуемым критериям, показала положительную динамику, что свидетельствовало о повышении физической, улучшении эмоционального состояния и социальной активности.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют, что проведение реабилитационного комплекса у пациентов, перенесших радикальную операцию по поводу рака предстательной железы в послеоперационном периоде, включающего нейромышечную электростимуляцию, психокоррекционные занятия и специализированную лечебную физкультуру (с продолжением выполнения комплекса ежедневно в домашних условиях) вызывает более выраженный клинический эффект, чем воздействие одной электростимуляции. Так, процент излечения от недержания мочи у пациентов второй группы, получающих предложенный реабилитационный комплекс, был больший и составил 27,3 %, тогда как в первой группе лишь 12,2 % . У большего процента мужчин уменьшилась степень выраженности данного осложнения. Результаты лечения недержания мочи у мужчин с тяжелой степенью нельзя считать достоверными из-за малого количества пациентов данной категории, участвующих в исследовании. По виду недержания мочи распределение пациентов в обеих группах по окончании лечения было идентичным, однако после проведения курса реабилитации количество пациентов со стрессовой формой сократилось на 30%.

Таким образом, своевременное проведение комплекса реабилитационных мероприятий с включением нейромышечной стимуляции, специализированной лечебной физкультуры и психокоррекционных мероприятий повышает его эффективность, приводит к значительному улучшению функционального состояния мочевыделительной системы и обеспечивает более высокое качество жизни.

Литература.

1. Сивков А.В., Кешишев Н.Г., Шадеркин И.А., Шкабко О.В. // Экспериментальная клиническая урология. - 2010. - №4. - С. 10-16.
2. Голубцова Е.Н. Восстановление функции удержания мочи у пациентов после нервосберегающей радикальной простатэктомии: Автореферат диссертации кандидата медицинских наук. - М., 2011.
3. Петров С.Б., Рассветаев А.В., Ракул С.А. // Андрология и генитальная хирургия. - 2005. - №4. - С. 50-54.
4. Русаков И.Г., Алексеев Б.Я., Быстров С.В. // Российский онкологический журнал. - 2005. - N 1. - С.16-18.
5. Березанцев А.Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (клинико-психологический аспект). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. - 2011. - N 1. URL: http:// medpsy.ru

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А.В. Яшков, Т.А. Сивохина, С.А. Бурмистрова, Е.С. Соловова
ГБОУ ВПО Самарский Государственный медицинский университет, Самара, Россия
ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара, Россия

Успехи современной онкологии, особенно в области нейрохирургии, позволяют сохранить жизнь все большему числу пациентов, однако, в связи с этим увеличивается и число пациентов с выраженным неврологическим дефицитом, нуждающихся не только в медикаментозном лечении, но и в физической реабилитации (Tachi-bana H., Gotton F., 1983; Johnston H.S., Nakajama H., Raashou И.О., Olsen T.S., 1997; Радзиковская Н.В., Мякотных В.С., 2003). В последнее

время адаптивная физическая реабилитация становится одним из наиболее актуальных направлений в системе комплексного лечения пациентов нейрохирургического профиля как в раннем, так и в позднем периоде физической реабилитации (Б.В. Гайдар, Ю.А. Шулев, В.В. Руденко и др., 1997; В.А. Исанова, 2003; Т.Д. Демиденко, 2004; В.И. Скворцова, 2006; Ф.М. Соколова, 2009). Однако, у онкологических больных, существующие методы адаптивной физической реабилитации не всегда применимы и не достаточно эффективны. Особенности патофизиологических реакций, патогенеза опухолей нервной системы, специфика наркоза, появление новых видов оперативных вмешательств и другие нюансы нейрохирургической патологии требуют разработки новых принципов и методов адаптивной физической реабилитации для этой категории больных.

Цель исследования. Оценить эффективность разработанной программы адаптивной физической реабилитации у оперированных онкологических больных с нейрохирургической патологией на раннем периоде восстановления.

Разработанная комплексная программа составлялась с учетом основных реабилитационных принципов и была направлена на восстановление целенаправленных двигательных актов, снижение патологических синкинезий, нормализацию мышечного тонуса. В числе важных задач раннего восстановительного периода были коррекция двигательных нарушений, основанная на современных методах дыхательной и рефлекторно-мимической гимнастики, развитие согласованных движений в конечностях (пассивных и активных), восстановление функций мышц тазового дна. Большое внимание уделяли восстановлению движений, мышечной силы в конечностях для тренировки удержания позы и постуральных реакций, а также тренировке функции опоры, равновесия и ходьбы. Клинический опыт показал целесообразность при реализации программы адаптивной физической реабилитации на раннем периоде восстановления онкологических больных выделения три периода, которые содержали задачи, соответствующие состоянию пациента и течению заболевания.

Задачей первого периода было достижение релаксации, путем включения глазодвигательных, дыхательных и мимических упражнений, а также воздействие на биологически активные точки (рефлекторный массаж стоп), с целью коррекции стволовых дисфункций, подготовка к двигательным актам.

Во втором периоде добивались стато-динамической адаптации за счет коррекции постуральных реакций и удержания позы, стабилизации мышечного тонуса, тренировки согласованных движений мышц конечностей.

Третий период был нацелен на восстановление двигательных стереотипов и включал тренировку функций опоры, равновесия, подготовку к вертикализации, восстановление навыков ходьбы.

Оценка результатов исследования проводилась от 0 до 5 баллов с использованием общеизвестных специальных медицинских шкал (шкала оценки мышечного тонуса и силы по Т.Д. Демиденко, 2004; Ю.В. Гольдблат, 2006). Анализ эффективности методики адаптивной физической реабилитации у 51 пациента нейрохирургического профиля, пролеченных отделением реабилитации за 2012-2013 гг. показал, что ее применение существенно улучшает состояние больных: повышает эффективность процесса восстановления, снижает неврологический дефицит, стабилизирует координаторную деятельность центральной нервной системы, способствует восстановлению двигательной активности. Таким образом, проведенные ранние реабилитационные мероприятия, направленные на коррекцию послеоперационных последствий и профилактику вторичных осложнений у онкологических больных с неврологической патологией обеспечивают в последующем более высокую степень их активности при решении бытовых проблем и возможность участия в общественной жизни.

MEMORY INDICATORS STUDY AMONG LONG-LIVING PERSONS IN SUMGAYIT

N.Y. Karamova, A.İ. Garayev
Institute of Physiology, St. Petersburg, Russia

Although numerous studies have been carried out for the purpose of extending human life, this problem still remains unresolved. Azerbaijan is known as the land of longevity and its climatic conditions are known to be favorable to longevity. However, the economic and political recession, the state of war, many refugees and displaced persons, increase in the frequency of diseases during physiological ages, environmental and other factors in recent years, of course, have impact on the longevity index. In consideration of the foregoing, the current research aims to study memory indicators and psychophysiological state among long-living persons in Sumgait.

Initially, the long-living persons have been verified and real physiological age has been determined. Further, their life and labor conditions, migration factors, health indicators, etc. have been studied. By verification of long-living persons in Sumgait, it's been found out that only 39 of 82 long-living persons studied based on passport ages are real long-living persons. And among those 39 persons, 26 persons have satisfactory health indicators and conduction of psychophysiological studies have been possible. For the rest 13 persons, their health conditions have been found to be very poor, they are confined to life in bed, and most of them have lowest psychological and cognitive conditions and are deprived of vision and hearing.

It should be noted that for each long-living person the study has been conducted on 18 psychophysiological parameters, anthropometric measures, blood group determination, blood sugar levels, air capacity of lungs, main vegetative indicators of arterial pressure on both sides and frequency of heart contraction has been appointed. This thesis targets only memory performance: visual memory, auditory memory, short-term memory and non-verbal intelligence test outcomes.

Thus, the visual memory has been studied by visual paging “visual (picture) memory” test. It has been found that, in general, among long-living persons (n = 26) visual memory equals to 8.35 ± 1.34 points (standard is 7 points). This indicator is 8.5 ± 1.21 among the women, while among men is 8.2 ± 1.37 points.
Auditory memory has been studied by Luriya’s 10 Words Test. It has been found out that auditory memory is very weak among the long-living persons. Thus, if the norm is 3 points, the studies have revealed 1.95 ± 1.09 points.
Also, in determination of short-term memory, low level indicator has been found out. Although the normative is 7 points, based on the outcomes of the test among the long-living persons, the 5.25 ± 1.27 points has been found, which indicate the short-term memory.
The most interesting outcomes have been obtained in determination of Roven’sNon-Verbal Intelligence Test. Intellectual levels are determined by points accumulated between 1-9. Most of the long-living persons have had average intellectual level (level 5) indicators.
It should be noted that the main reason for the poor cognitive indicators among the long-living persons may also be related to their living conditions. Thus, 75% of the long-living persons have become at least for 20 years internally displaced persons from their homes, have lost their loved ones during the war, and have been forced to live in Sumgayit with very poor environmental conditions. Naturally, all the mentioned have had negative impacts on their psychophysiological state. The studies are going on.

PHYTOTHERAPY AND REFLEXOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND FUNCTIONAL DYSPEPSIA ASSOCIATED WITH HELICOBACTER PYLORI IN THE ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE

N.A. Myrzabayeva
Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

Fairly widespread, and the combination of gastroesophageal reflux disease (GERD) and functional dyspepsia (FD) with Helicobacter pylori are the actual problem of modern medicine. This combination not only creates difficulties in early diagnosis due to their interference worsening their clinical course, but also complicates the selection of an appropriate comprehensive treatment. GERD in conjunction with FD associated with Helicobacter pylori is characterized by the diversity of clinical manifestations, which determines the need to find alternative methods of treatment in order to improve the quality of life (QL) of patients.
The aim of our study was to investigate the use of phyto-and reflexotherapy (RT) in patients with GERD in conjunction with FD associated with Helicobacter pylori. After analyzing numerous studies in the application IBEROGAST preparation (of «Bionorica», Germany), we tried to use this drug along with reflexology (RT) in the treatment of GERD and FD associated with Helicobacter pylori to assess their impact on quality of life. We observed 69 patients aged 16 to 45 years. Before and after treatment, in addition to the clinical examination of patients, conducted lab tests that included gastroduodenoscopy with biopsy of the gastric mucosa, followed by morphological evaluation of biopsy, identification of Helicobacter pylori, a computer pH-meter, electrogastrography, X-ray examination. QL was measured with the help of the international SF-36 (The MOS-SF36-Item Short Form Health Survey) to 8 scales, as well as specialized gastroenterology questionnaire Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS).
QL in patients with GERD in conjunction with FD associated with Helicobacter pylori has been reduced almost all indicators. In this group of patients was significantly reduced subjective parameters emotional state, social activity, and thus indicators of the general state of health. Significant differences in the assessment of quality of life in these patients identified on the scale role emotional functioning (RE), role physical functioning (PF), social functioning (SF), pain (BP) and perception of general health (MH). SF-36 questionnaire allowed us to estimate the degree of physical limitations (PF) and mental health (MH), but GSRS questionnaire identified specific factors that contributed to the decline of QL. In this study, they were as pain, dyspeptic syndrome, reflux-syndrome. In addition, they considered themselves patients with GERD in conjunction with FD associated with Helicobacter pylori, restriction of daily activities was associated with a reduction in the emotional state and psychological reactions to the presence of symptoms of the disease, manifested by irritability, anxiety, depressed mood, anxiety. Such indicators scales as BP, RP and VT depended on role emotional functioning (RE).
Severity of the patient's psychological reaction depended on his personal qualities, the perception of the disease, and the characteristics of the clinical manifestations and impact of phyto-and RT for the symptoms of the disease. In the application of phyto-and RT patients showed improvement of general well-being, mood, emotional attitude, decrease pain and dyspeptic syndromes a positive trend on the part of the functions of the autonomic nervous system.
Elimination of clinically relevant symptoms and Helicobacter pylori with improved quality of life, the restoration of morphological and functional disorders occurred by the end of treatment. When comparing QL in patients with GERD in conjunction with FD associated with Helicobacter pylori, treated with phyto-and RT along with eradication therapy, in contrast to patients who phyto-and RT was not used, produced statistically significant differences in the scales of RE, RF, SF, BP, MH, that is, as a result of the use of phyto-and RT had improved QL on similar scales.

Научное издание

Сборник материалов научной конференции

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА-2014

Издается в авторской редакции.

Издательство Первого Московского государственного
медицинского университета им. И.М. Сеченова
119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.
Тел.: + 7(495) 248-05-53
+ 7(495) 609-14-00 (доб. 3018/3024)
Официальный сайт: www.mma.ru