# Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

# Материалы

# II научно-практической конференции

# с международным участием

# 15-16 ноября 2016 года

# Санкт-Петербург

# Издательство ПСПбГМУ

# 2016

# Под редакцией проректора по воспитательной работе, заведующей кафедрой медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры ПСПбГМУ им. И.П.Павлова д.м.н. А.А.Потапчук и профессора кафедры медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры д.м.н. И.В.Юркова

# Рецензент:

# С.В.Матвеев – главный врач городского врачебно-физкультурного диспансера, д.м.н., профессор кафедры физических методов лечения и спортивной медицины ФПО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова

# Актуальные вопросы медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры: материалы конференции. Санкт-Петербург, 15-16 ноября 2015года/ государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; под ред. А.А.Потапчук, И.В.Юркова - СПб.: Издательство ПСПбГМУ, 2016.-…с.

# В данном сборнике представлены материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры», в тезисах которых обобщены результаты исследований и практический опыт работы специалистов в области медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры.

# Сборник предназначен для специалистов по лечебной физкультуре, спортивной медицине, курортологии, физиотерапии и адаптивной физической культуре.

# КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

## Адулас Е.И.

## Детская городская поликлиника № 44 Центрального района; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Отделение реабилитации детской городской поликлиники №44 Центрального района оказывает квалифицированное восстановительное лечение детям с неврологической и ортопедической патологией. С 2012 года отделение работает по медико-экономическим стандартам. Курс реабилитации для больных ортопедического и неврологического профилей рассчитан 25 дней.

Дети поступают на лечение по направлениям врачей - специалистов и участковых педиатров поликлиники. При поступлении на каждого ребенка оформляется разработанная сотрудниками отделения с учетом специфики работы карта больного, лечащегося на отделении реабилитации. В нее заносятся все данные об обследовании ребенка, осмотры врачей, результаты анализов, обследований, составляется индивидуальная программа реабилитации. Мониторинг наблюдения больных на отделении реабилитации включает еженедельный осмотр ребенка, беседы с родителями, оценку функциональных исследований, анализов, консультаций специалистов, коррекцию назначений.Количество необходимых осмотров регламентируется стандартами (в среднем 1 раз в неделю).

На отделении для лечения детей с ортопедической и неврологической патологией используются следующие методики: лечебная физкультура в зале и на тренажерах, гидрокинезотерапия (индивидуальные и групповые занятия), лечебное плавание в ваннах для детей первого года жизни, метод функционального биоуправления, мануальная терапия, массаж, вытяжение позвоночника, рефлексотерапия, физиотерапия, аппаратные методики (аппараты «Ормед-профилактика», «Ормед-кинезо», «Ормед-релакс», «Свинг»).

Отделение реабилитации работает в тесной связи со всеми службами поликлиники и в случае необходимости проводятся дополнительные исследования: ЭКГ, ЭЭГ, НСГ, УЗИ, рентгенография, осуществляется лабораторная диагностика .

Для оценки эффективности лечения детей используются функциональные пробы в начале и в конце лечения, биомеханические исследования на аппарате «Диаслед», анализируется динамика клинических симптомов.

Ежегодно на отделении реабилитации получает лечение около 900 детей, среди них преобладают дети с неврологической (23-35%) и ортопедической (62-53%) патологией. Количество пациентов с каждым годом увеличивается т.н. в 2011 - 839 человек, 2014 - 956 человек. Это стало возможно благодаря применению алгоритмов обследования и лечения детей, разработке различных стандартных бланков, справок, рекомендаций по наблюдению и лечению. Проведенный анализ показал высокую эффективность проводимых реабилитационных мероприятий (90-92%).

Восстановительное лечение детей не может ограничиваться только рамками лечебного учреждения – оно должно продолжаться в семье больного. В связи с важностью этой проблемы организованы консультативные приемы, на которых проводится беседа о необходимости той или иной процедуры, разъясняются принципы лечения с целью воспитания родителей как активных помощников в реабилитации ребенка. Даются рекомендации по оптимальному двигательному режиму и режиму дня, закаливанию, занятиям в спортивных секциях, лечению и профилактике нарушений осанки, плоскостопия, ожирения.

Большое значение придается положительному эмоциональному настрою ребенка и созданию мотивации к выздоровлению. С этой целью проводится совместная работа с психологом.

Анализируя работу отделения реабилитации, можно отметить определенные успехи – сформирована четкая система приема детей на лечение (в виде отборочных комиссий с учетом критериев отбора на лечение*)*, организована эффективная работа по медико-экономическим стандартам, минимизировано время ожидания лечения, поддерживается преемственность с врачами поликлиники, направившими пациента на лечение.

**ИННОВАЦИОНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

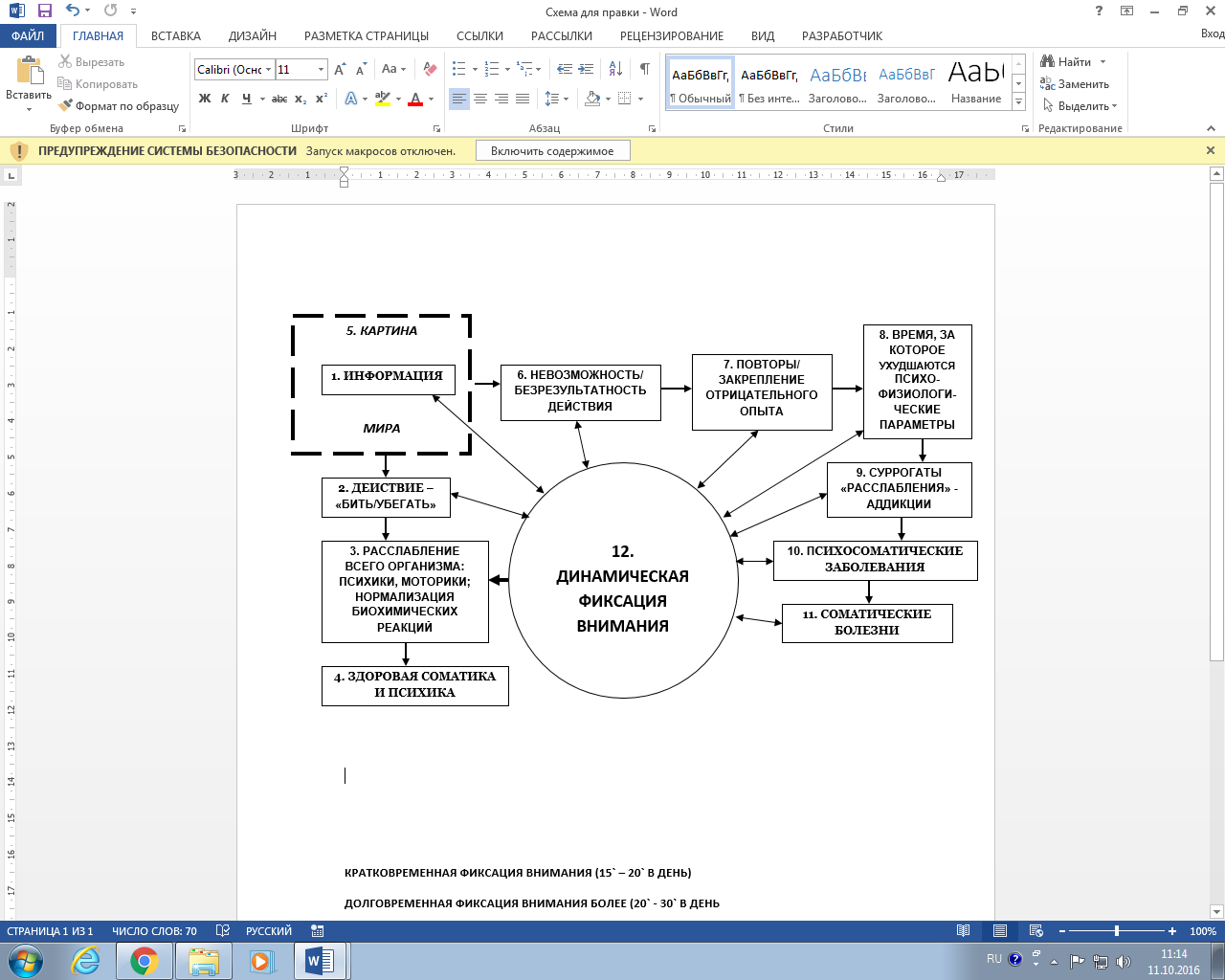
Андреева Е.Г., Богданович В.Н.

Центр психолого-педагогического сопровождения Адмиралтейского района Санкт–Петербурга, Санкт-Петербург

Для психолога необходим комплексный взгляд на проблемы человека с пониманием и учетом связи психологического и соматического состояний личности, умением на них воздействовать. Целью работы является восстановление психосоматического единства.

Недостаточно выявить причины, приведшие к проблемам в состоянии здоровья. Работа с пациентом должна завершаться его реабилитацией в одних случаях и адаптацией в других. Реабилитация восстанавливает статус, функциональность человека, адаптация же дает возможность с наибольшей эффективностью приспособиться к сложившимся условиям новой функциональности[[1]](#footnote-1).

При комплексном подходе к пациенту психолог занимается и социально-психологической помощью и вопросами соматического статуса. В этом суть инновационного подхода при проведении психокоррекции. Богдановичем В.Н. предложена схема (см. ниже) воздействия на организм дистресса, помогающая не только оценить степень «запущенности» проблемы со здоровьем, но и осознать пути выхода, определить эффективные реабилитационные и психокоррекционные воздействия.



Под информацией (блок 1) понимаем все ее многообразие. Поступив, информация требует ответа – действия, реакции (блок 2). Все действия можно разделить на решения и избегания, это здоровый адекватный психофизиологический ответ на пришедший извне раздражитель. При успешном (адекватном, своевременном, приведшим к благоприятному результату) действии наступает естественное расслабление всего организма (блок 3) с адекватными биохимическими реакциями. Как результат – здоровая соматика и психика (блок 4).

Однако, не всегда удается реализовать данную схему. Причиной этому наша картина мира (блок 5), которая как фильтр интерпретирует поступающую информацию согласно представлений о себе, мире и своем месте в нем. Картина мира может искажать восприятие информации и влечет за собой сначала невозможность или безрезультатность действия (блок 6), а затем повторы, которые закрепляют отрицательный опыт (блок 7). Время работает на общее ухудшение психофизиологических параметров (блок 8). Не имея возможности получить нормально психофизическое расслабление, человек вынужден прибегать к суррогатам расслабления (алкоголь и др.) доступными для него способами (блок 9).

Дальнейшее развитие подобного алгоритма реагирования приводит к психосоматическим заболеваниям (блок 10), распространенность которых достигает до 85% от общего числа заболеваний, и соматической патологии (блок 11), требующим клинического вмешательства и медикаментозной коррекции, так как восстановить первичную функциональность, как правило, невозможно.

Вместе с тем, существуют действенные методы восстановления, в том числе динамическая фиксация внимания (ДФВ, блок 12). ДФВ может быть кратковременной – 15-20 мин. в день, долговременной – более 20-30 мин. в день, и представляет собой сосредоточенное действие, направленное на разрешение конкретной ситуации. Например, если пациент регулярно сталкивается с однотипными ситуациями, навыков решения которых у него нет (блоки 6, 7, 8), мы сосредоточенно занимаемся только этой проблемой по 15-20 мин. в день, постепенно увеличивая время.

Для психокоррекции и реабилитации подходит система био-энерго-системной терапии (БЭСТ) – метод, известный как "способ коррекции психосоматических нарушений", основанный Е.И. Зуевым в 70-х годах ХХ века и включающий воздействия как на психические, так и соматические структуры человека. БЭСТ способствует снятию психоэмоционального перенапряжения, формирует новые эффективные паттерны поведения. Внедрение инновационных аспектов психологической реабилитации повышает эффективность реабилитации в целом.

# РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

## Анисимова Л.Н.

## Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Инсульт продолжает оставаться одной из ведущих проблем клинической неврологии, приводящей к инвалидизации, в связи с чем более 40% заболевших нуждаются в активных реабилитационных мероприятиях. Реабилитация наиболее эффективна, если начинается в самые ранние сроки после развития инсульта и не влечет за собой увеличение смертности от заболевания. Однако смертность от осложнений, к которым приводит откладывание реабилитационных воздействий, повышается значительно.

Цель - сохранить функциональные возможности непострадавших областей мозга в зоне обратимых повреждений.

Материалы и методы. По данным нейровизуализации (КТ, МРТ) в ранние сроки определяли зону безвозвратного повреждения (диффузная методика) и зону «выключенного» кровообращения (перфузионная методика). Разница между двумя зонами указывала, где будет обратимое повреждение ткани мозга. Для сохранения ее функциональной активности необходимы медикаментозная «защита», неврологическое мониторирование и активные реабилитационные мероприятия, расцениваемые, как стимуляция растормаживания инактивированных нервных клеток.

Предлагаемый материал построен на выборке 360 пациентов, поступивших в первые 24 часа с неврологическим дефицитом средней степени тяжести (NIHSS=13,5) восстанавливавшихся в острейшем и остром периодах инсульта в нейрореанимации в течении 14 суток. Группы сравнения (на основании данных УЗДГ и МРТ) отличались по локализации очага ишемии (полушарная у 62% (n=223) и стволовая у 38% (n=197), которая определяла особенности неврологических нарушений в начале заболевания, закономерности их восстановления при определенном подборе реабилитационных воздействий.

Комплекс реабилитационных мероприятий применялся в соответствии с приоритетными неврологическими проблемами (гипостатические, трофические, миодистонические, вегетативные). С целью профилактики и преодоления витальных осложнений, поддержания сознательной двигательной активности, сохранения постурального тонуса, коррекции координационных и вегетативных нарушений использовались: при инсульте полушарной локализации – дифференцированные методики ЛГ, классический и точечный массаж, лазеро -, УЗ – и магнитотерапия; при инсульте стволовой локализации – пассивная аппаратная вертикализация, ортостатическая, глазодвигательная гимнастика в сочетании с общеукрепляющими упражнениями. В процессе расширения двигательной активности, восстановления навыков передвижения, самообслуживания, речи комплекс дополняли упражнениями, корректирующими атаксию, механотерапией, электростимуляцией, трудотерапией на специальных бытовых стендах и занятиями с афазиологом.

В условиях нейрореанимации для проведения реабилитации с 1-х суток требовался подготовленный персонал, владеющий специальными знаниями и навыками, дифференцирующий качество сознания, мышечного тонуса, степень утраты речи, мотивации и психоэмоциональное состояние пациентов. Для успешного проведения реабилитационного процесса, оценив исходное состояние, учитывали: 1) лимитирующие факторы, ограничивающие использование методов восстановления, сужающих терапевтические возможности: декомпенсацию деятельности сердечно-сосудистой системы, диабет, неоперабельные аневризмы, стеноз ПА или ВСА, флотирующий или нарастающий тромбоз, тромбоэмболию легочной артерии, частые приступы бронхиальной астмы, ожирение высокой степени; 2) рисковые факторы, являющиеся «теневой» стороной данного патологического процесса, которые при выполнении методик могли вызвать повреждение: септический эндокардит, остеопороз, недавние переломы до 3-х месяцев, изменения хряща, тромбофлебиты, перенесенные оперативные вмешательства до 21 суток, тотальную афазию, психоорганический синдром.

Результаты. В настоящем исследовании были оценены темп и закономерности реабилитации: у больных со стволовой локализацией инсульта расширение двигательной активности с учетом рисковых факторов происходило быстрее и лучше – у 89% (n=93) выявлялись значительная компенсация нарушенных функций (80 б. инд. Barthel), полное самообслуживание, активное участие в домашнем труде с прогнозом возвращения к трудовой деятельности у 30%. У 59 % (n=114) больных с полушарной локализацией очага определялись умеренная компенсация (70 б. инд. Barthel), самостоятельная ходьба с возможностью возвращения самообслуживания у 13,3%. Незначительную компенсацию (50 б. инд. Barthel), недостаточное самообслуживание и отрицательный прогноз в достижении передвижения имели 11% со стволовой и 41% пациентов с полушарной локализацией инсульта.

Выводы. Проведенное исследование позволило установить, что реабилитация, начатая в условиях нейрореанимации, является определяющим критерием при формировании резидуального неврологического дефицита, важна также степень адаптации и функциональной компенсации при любой локализации инсульта.

Учет лимитирующих, рисковых факторов и использование мониторирующей аппаратуры создают возможность проведения ранней реабилитации более эффективно, безопасно, без декомпенсации функциональных систем в острейшей и острой фазах инсульта до периода стабилизации.

# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ. МЕТОДЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

## Анопченко А.С., Агранович Н.В.

## Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Анализ демографической ситуации в России свидетельствует о том, что в настоящее время идет очень быстрое увеличение числа пожилых лиц. Всем известно, что пожилой возраст является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а одно из ведущих заболеваний среди них – артериальная гипертензия (АГ). Предпринимающиеся во всем мире, включая Россию, комплексные усилия по ликвидации негативных тенденций, определяют актуальность коррекции главного фактора риска сердечно-сосудистых катастроф у пожилых - артериальной гипертензии, что приобретает особый не только медицинский, но и социальный смысл. Одной из причин увеличения количества сердечно-сосудистых заболеваний (в том числе и АГ), в первую очередь, является снижение уровня двигательной активности современного человека, что обосновывает необходимость привлечения внимания к этой проблеме врачей всех звеньев здравоохранения. Поэтому любая рекомендация по лечению и профилактике пожилых больных должна быть оценена с точки зрения её эффективности в терапии АГ.

Цель исследования. Изучить возможность и обосновать значимость немедикаментозной коррекции - применения лечебной физической культуры (ЛФК) в пролонгировании активного долголетия лиц пожилого возраста с АГ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинических базах кафедры поликлинической терапии Ставропольского государственного медицинского университета: городских поликлиник №1, №2, гериатрического отделения ГКБ №3 г. Ставрополя. Объектом исследования стали пожилые пациенты - всего 165 человек. Среди них больные пожилого возраста (60-74 года) – 43,2% (69 чел.), старческого (75-89 лет) – 54,5% (90 чел.) и долгожители (старше 90 лет) – 2,3% (6 чел.). Из них 30,4% составили мужчины и 69,6% женщины.

Результаты исследования.Ведущими причинами заболеваемости у обследованных лиц были: болезни сердечно-сосудистой системы (63,7%), заболевания опорно-двигательного аппарата (53,1%), патология эндокринной системы (19,3%), заболевания бронхолегочной системы (28,3%), желудочно-кишечного тракта (38,3%) и патология мочевыделительной системы (10,5%). Из них, была сформирована группа - 78 человек, имеющих в анамнезе АГ, которые дали согласие на регулярные занятия ЛФК под врачебным контролем.

В течение двенадцати месяцев данная группа занималась 3 раз в неделю по одному часу физическими упражнениями по разработанной методике с инструктором ЛФК. Через месяц от начала занятий нагрузка постепенного увеличивалась за счет увеличения количества повторений упражнений. Всем пациентам данной группы до начала занятий и через 3, 6, 12 месяцев были выполнены анализы на холестерин (ХС), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА), триглицериды (ТГ) (Табл. 1).

Таблица 1

Изменения показателей липидограммы у пациентов с АГ при занятиях ЛФК

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | До начала занятий ЛФК | Спустя 3 месяца занятий | Спустя 6 месяцев занятий | Спустя 12 месяцев занятий |
| ХС | 7,1±1,2 | 6,9±0,8 | 6,7±1,1 | 6,1±0,2 |
| ЛПНП | 5,6±1,0 | 5,5±1,1 | 5,2±0,9 | 4,7±0,7 |
| ЛПВП | 1,2±0,7 | 1,2±0,8 | 1,1±0,5 | 1,1±0,2 |
| КА | 5,4±1,3 | 5,3±0,7 | 5,0±0,3 | 4,9±0,2 |
| ТГ | 1,9±0,2 | 1,7±0,6 | 1,2±0,5 | 1,5±0,1 |

Для оценки реактивности вегетативной нервной системы в ответ на проводимую нагрузку всем пациентам было проведено обследование с использованием метода кардиоинтервалография (КИГ) по следующим показателям: Мода (Мо); Амплитуда Моды (АМо); вариационный размах (ARR); индекс напряжения (ИН); индекс вегетативного равновесия (ИВР); показатель адекватности процессов регуляции АМо/Мо (ПАПР); вегетативный показатель ритма (ВПР).

Выводы.Полученные показатели КИГ и липидограммы свидетельствуют об удовлетворительной адаптации организма пожилых пациентов с АГ на фоне регулярно проводимых дозированных нагрузок.

Занятий ЛФК оказывает положительное влияние на организм лиц пожилого и старческого возраста и может являться методом немедикаментозной коррекции и профилактического этапа лечения пожилых пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

**ПРЕВЕНТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК НАПРАВЛЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

Г.Л. Апанасенко

Национальная медицинская академия последипломного образования

им. П.Л. Шупика, Киев, Украина

Ничто в мире не происходит без затрат энергии. Чем больше энергопотенциал биосистемы, тем она устойчивее к внешним и внутренним воздействиям. Энергообразование в живой системе – многозвеньевой процесс, начальным звеном которого являются солнечная энергия, а конечным - митохондрии, эффективность деятельность которых на организменном уровне проявляется в виде максимальных возможностей аэробного энергообразования (максимальное потребление кислорода – МПК, мл/мин/кг). Таким образом, жизнеспособность биосистемы может быть измерена и идентифицирована с уровнем физического здоровья, а это означает, что жизнеспособностью (здоровьем) можно управлять (сохранять, восстанавливать, укреплять). В процессе эволюции происходит совершенствование эффективности внутриклеточного дыхания (А. И. Зотин, 1980), т.е. эта функция имеет для вида Homo Sapiens эволюционно обусловленный порог, который мы назвали «безопасным» уровнем здоровья (БУЗ) и дали ему количественную характеристику. Выше БУЗ не регистрируются ни эндогенные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, злокачественных, эндокринных и др.), ни сами заболевания. При воздействии негативных факторов внешней среды, нездорового образа жизни, старения и пр. происходит снижение эффективности внутриклеточного энергообразования. В соответствии с нашей термодинамической концепцией здоровья и профилактики (Апанасенко Г.Л., 1990) выход эффективности внутриклеточного энергообразования за пределы БУЗ сопровождается феноменом «саморазвития» патологического процесса и является первопричиной эпидемии хронических неинфекционных заболеваний (снижение энергопотенциала – рост энтропии - хаос функций - патология). Aspenes S. (2011) в исследованиях здоровой норвежской популяции подтвердил наши данные о наличии БУЗ, показав, что каждое снижение МПК на 5 мл/мин/кг ниже БУЗ увеличивает риск развития сердечно-сосудистой патологии на 56%. Таким образом, заболеваемость и смертность современной популяции обусловлена, главным образом, снижением энергопотенциала биосистемы (уровня здоровья), а эпидемия хронических неинфекционных заболеваний – лишь следствие этого процесса.

Цель: обосновать теоретические основы превентивной реабилитации.

Материал и методы. Обследовано более 3-х тысяч здоровых и больных в возрасте 6-80 лет обоего пола. Исследованы: уровень развития физических качеств, максимальные возможности аэробного энергообразования (прямым и непрямым методом), распространённость эндогенных факторов риска (артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, гипергликемия и др.), манифестация хронических неинфекционных заболеваний.

Результаты. Становится очевидным, что никакие усовершенствования лечебно-диагностического процесса в здравоохранении не способны радикально повлиять на показатели заболеваемости и смертности, ибо *низкий уровень здоровья (низкая термодинамическая устойчивость) таблетками не лечится*. Лишь переход основной части популяции на более высокий уровень аэробного энергообеспечения функций (эффективности деятельности митохондрий) способен решить эту проблему. На сегодняшний день человечество не придумало ничего лучше всем доступного средства для повышения устойчивости неравновесного состояния, в котором находится живой организм, чем физическая нагрузка. Только физическая нагрузка способна увеличивать энергетический потенциал аппарата митохондрий. С этой целью нужно сформировать «индустрию здоровья». Она уже спонтанно формируется: многочисленные фитнес- и велнес-центры, SPA, шейпинга, аэробики и т.п. Но всё это функционирует бессистемно, а главное – без контроля уровня здоровья. Необходимо обоснованно сформулировать специалистам по медицинской реабилитации критерии формирования программ оздоровления и оценку их эффективности.

# ФИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

## Афончикова О.Л., Куприенко Н.Б., Смирнова Н.Н.

## Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П.Павлова

«Фунт профилактики дороже пуда лечения» говорил великий русский хирург Николай Иванович Пирогов. В полной мере это относится к педиатрической нефрологии и подтверждается неутешительной статистикой. По данным главного детского нефролога Санкт-Петербурга профессора М.В.Эрмана (2014) за последние 5 лет заболеваемость болезнями органов мочевой системы (ОМС) у детей до 15 лет выросла с 58,45 до 67,09 на 1000 детского населения, у подростков 15-18 лет – с 79,38 до 127,3 на 1000, у взрослых – с 94,18 до 108,4 на 1000 населения. В целом по России рост только инфекции мочевой системы (ИМС) у детей первого года жизни за 5 лет составил 23%. Грамотное применение фитопрепаратов способно внести существенный вклад в профилактику рецидивов болезней ОМС и предотвратить или замедлить развитие почечной недостаточности.

Рецепты лекарственных растений пришли в официальную медицину из опыта народных лекарей. Для того, чтобы фитолечение принесло ощутимую пользу, необходимо соблюдать *принципы его применения*. Фитопрепараты – это вспомогательное средство в комплексной терапии; как правило, они используются в стадии ремиссии для закрепления результатов лечения и профилактики рецидивов. Они не могут назначаться без предварительной современной диагностики и не подменяют собой основные препараты. Особое внимание приходится уделять возможному риску аллергических реакций на растения. Независимо от показаний, необходимо учитывать действие препарата на пищеварительную систему. Это особенно актуально в педиатрии. Применяя «почечные» травы в детской нефрологии, надо помнить, что многие из них, помимо ряда специфических свойств, таких как уросептические, мочегонные, противовоспалительные, обладают спазмолитическим действием. Это накладывает ограничение на их применении у детей младшего возраста, склонных к гипотонии мочевых путей в физиологических условиях, а при ИМС спазм мочевых путей по мере стихания воспаления сменяется выраженной гипотонией, что ухудшает уродинамику.

Более 95% патологии ОМС у детей приходится на ИМС – цистит и пиелонефрит. В условиях нарастающей резистентности бактериальной флоры к антибиотикам особую актуальность приобретают растения – уросептики. Лидер этой группы – клюква. Клюква – единственный растительный препарат, признанный доказательной медициной. Её ягоды обладают общеукрепляющим, противовоспалительным, противомикробным, спазмолитическим, сосудорасширяющим, противоатеросклеротическим, мочегонным, потогонным, десенсибилизирующим, детоксикационным, противоцинготным действием. Предложено много препаратов клюквы в форме таблеток и экстрактов. Признанные уросептики - зверобой, брусничный лист, тысячелистник. Помимо бактерицидного, они обладают вяжущим и противовоспалительным действием. Целесообразно комбинировать эти растения в одном сборе. Горец птичий и полевой хвощ также принадлежат к самым популярным «почечным» травам. Однако они содержат много кремния и обладают не только мочегонным, но и очень сильным спазмолитическим действием. Их не рекомендуется назначать детям, если врач не преследует цель изгнания конкрементов из мочевых путей. Толокнянка – также не лучший выбор для детей младшего возраста. По нашим данным она обладает раздражающим действием вплоть до появления микрогематурии. В терапии инфекции нижних мочевых путей и противорецидивном комплексе лечения пиелонефрита заслуженное место занимает канефрон – экстракт розмарина, любистока и золототысячника. Он обладает антигипоксическим, противовоспалительным, мочегонным, иммуномодулирующим, нефропротекторным действием. По последним данным канефрон наряду с амоксициллином и нитрофурановыми препаратами разрушает микробные пленки, облегчая доступ антибиотика к бактериальной клетке. Цистит – наиболее частая форма ИМС (60%). Он может развиваться в любом возрасте. После 1-го года девочки приобретают цистит значительно чаще мальчиков. Рецидивирующий цистит ухудшает качество жизни пациента и представляет большие трудности для врача. Повторное применение антибиотиков и уросептиков, как правило, дает не стойкий эффект. Значительно облегчают состояние такие комплексные растительные препараты, как цистон. Это лекарство включает в себя более десяти различных трав. Состав препарата уникален и разработан на основе восточных рецептов исцеления. Препарат включает в себя только натуральные компоненты, в том числе и мумие. Его можно применять даже беременным женщинам и детям. Популярный в урологии фитолизин разрешен к применению только с 18 лет. Надо иметь в виду, что у 75% девочек, имеющих хронический рецидивирующий цистит, развивается пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс (ПМЛР). ПМЛР и рефлюкс-нефропатия – самая частая приобретенная причина вторично сморщенной почки. Консервативная терапия ПМЛР включает длительные курсы антибиотиков и уросептиков для подавления активности пиелонефрита, как правило, осложняющего рефлюкс. Наряду с этим необходимо восстановить нормальный тонус и перистальтику мочевых путей. Наряду с физиотерапевтическими методами мы часто назначаем отвар неочищенного овса, улучшающего кинетику мочеточников. В комплекс лечения дисфункций и воспаления мочевого пузыря обязательно включаются витамины В2 (рибофлавин) и В6 (пиридоксин), а также ликвидация дисмикроэлементоза. Богатым источником микроэлементов, необходимых для поддержания местного иммунитета мочевых путей, служат ягоды черники и лесной земляники. Кроме витаминов группы В, они содержат оптимальное соотношение цинка и меди.

Почки реагируют на любое неблагополучие в организме. Фитотерапию можно рассматривать как часть комплексного лечения - «лечение нутрицевтиками» - пищевыми продуктами, нормализующими энергетический баланс организма и всех его систем.

**РЕГУЛЯЦИЯ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ**

Барыбина С. В.

Центр практической психологии «Равновесие», Санкт-Петербург

Психологическая устойчивость спортсмена довольно изменчива, даже на протяжении короткого периода времени, поскольку она определяется сознанием. Малейшее отступление от привычного действия может повлиять на устойчивость психики, а значит и на работоспособность.

В современной подготовке спортсмену необходимо пройти ряд этапов, в каждом из которых осуществляется физическая, психологическая и техническая подготовка. В этом случае на каждом этапе тренировки в организме спортсмена происходят такие изменения, которые создают основу для повышения функциональных и спортивных возможностей.

Умение управлять собственным психоэмоциональным состоянием – необходимое условие успешной тренировочной и соревновательной деятельности спортсмена. Поэтому овладение приемами саморегуляции – важная составная часть спортивной подготовки.

Для достижения высокого результата в спорте спортивным врачом выявляется степень возбуждения нервной системы и личностной тревожности. Неудачи, заниженная самооценка формируют у спортсменов неуверенность, страх и растерянность перед соревнованиями любого уровня. Если эти состояния повторяются регулярно, то на уровне подсознания формируется отказ от деятельности, нарушается привычная система представлений о своих умениях, достижениях и страх перед выходом на спортивную площадку. После ряда таких неудач и эмоциональных переживаний нервная система спортсмена дистабилизируется. При этом отказ от деятельности может происходить у спортсменов любого возраста, даже у тех, которые на тренировках ранее показывали хорошие результаты.

Стресс определяется как дисбаланс между потребностью (физиологической и/или психологической) и способностью к реакции в условиях, когда невозможно удовлетворение потребности. Для того, чтобы остановить эту цепную реакцию неудач, необходимо выявить первопричину этого состояния, то есть пусковой механизм. Как показывает практика, такой механизм не всегда связан со спортивной деятельностью, нередко он зависит от внутриличностного конфликта – «хочу, но не могу».

Язык нашего подсознания основан не на словах, а на образах. Подействовать на подсознание может только то, что мы можем сами себе представить. В основе каждого явления лежит определенная причина. Психокоррекция  — один из видов психологической само - и взаимопомощи спортсменов, направленный на повышение социализации и адаптации к новым условиям жизни.

В процессе спортивной тренировки важно обучение методам психокоррекции для преодоления и контроля стрессовых ситуаций с целью регуляции психофизического состояния спортсменов.

**АПИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

И.В.Власова , Ю.С.Пименов, Н.И.Мельченко

Клиника «Семейный доктор», Санкт-Петербург

.

Недостаточная эффективность лечения ревматоидного артрита (РА) приводит к инвалидности через 3-5 лет, причем в 50% у лиц в возрасте 35-50 лет.

Очевидно, что одним из главных препятствий на пути успешного лечения больных РА является тот факт, что до настоящего времени остаются неясными первичные факторы процесса ревматоидного воспаления, недостаточно изучены патогенетические механизмы развития РА, в том числе и психосоматические. Особенно актуальна в ревматологии проблема депрессии и тревожности, наличие которых утяжеляет течение любого соматического заболевания. В терапии РА следует считаться с этими факторами, причем наряду с соматическим лечением должна проводиться психотерапия или психофармакотерапия.

Лечение РА остается достаточно агрессивным, имеет немало побочных действий. Одним из наиболее эффективных средств купирования активности ревматоидного воспаления остаются глюкокортикостероиды (ГКС). Высокий риск активации процесса при отмене препарата побуждает к поиску новых схем лечения.

Целью нашего исследования являлось определение эффективности апитоксинотерапии с учетом клинико-лабораторных и психологических показателей.

Апитерапия как метод лечения используется очень давно. Показания к лечению и отбору больных были утверждены в инструкции Минздрава СССР еще в 1959 году.

Действие пчелиного яда многоплановое и требует дальнейшего изучения. Основными механизмами действия пчелиного яда является механизм активации гипофизарно-надпочечниковой системы, который сопровождается увеличением эндогенного кортизола. Механизм угнетения циклооксигеназы, приводит к уменьшению синтеза простагландинов - основных медиаторов воспаления, механизм ганглиоблокирующего эффекта на пре- и постсинаптические мембраны нервных клеток, анальгетический механизм, реализуемый через активацию системы эндогенных опиоидных пептидов. Известны противомикробный, иммуномодулирующий эффект. В то же время осложнения при апитоксинотерапии по сравнению с медикаментозной терапией незначительны.

Поэтому одним из путей успешного лечения РА и устранения нежелательных побочных эффектов лекарственной терапии, на наш взгляд, является применение апитоксинотерапии.

Наши исследования позволили вынести следующие положения:

1. Апитоксинотерапия является эффективным методом лечения больных со средней и высокой степенью активности и симптомами тревоги и депрессии.

2. В качестве факторов риска развития РА выделены высокий уровень нейротизма и алекситимия.

3. Уровень показателей депрессии положительно коррелирует со скоростью оседания эритроцитов, дозой потребляемых ГКС, НПВП, а уровень показателей тревожности положительно коррелирует с возрастом и дозой потребляемых ГКС и НПВП.

4. Лечебное действие апитоксинотерапии не уступает по клиническому эффекту действию ГКС, при этом не наблюдается «синдрома отмены» и осложнений, свойственных стероидной терапии.

В исследование включены пациенты с верифицированным диагнозом.

Нами исследованы типологические особенности больных РА по двум шкалам: нейротизм и экстра/ интроверсия. Выявлено, что среди пациентов РА лица с высоким уровнем нейротизма, т.е. эмоционально неустойчивые составили 97% с достоверностью р<0,001. Соотношение показателей нейротизма в группе здоровых лиц составило 50/50.

В группе больных РА более половины (57,6%) относятся к меланхолическому типу, к холерическому - 39,4%, флегматическому - 3%. Сангвиников среди обследованных не оказалось. В контрольной группе сангвиники составили почти 40%. Полученные нами данные позволили нам сформулировать вывод о том, что алекситимия или неспособность словесного выражения своих чувств, а также высокий уровень нейротизма или эмоциональная неустойчивость могут рассматриваться при генетической детерминированности как факторы риска развития РА.

Известно, что в ситуациях неблагоприятных, стрессовых у нейротической личности чаще развивается депрессия. Литературные данные и данные, полученные нами, указывали на необходимость исследования уровней депрессии и тревожности у больных РА.

Исследование тревожности показало, что больные РА характеризуются высоким уровнем тревожности. Наши данные совпадают с данными других авторов.

Установлено, что в основной группе наблюдалось снижение уровня тревожности, в то время как в контрольной группе, получающей медикаментозную терапию уровень тревожности несколько повысился.

Наличие депрессии различной степени выраженности наблюдалось у 77% пациентов. Назначение апитоксинотерапии приводило к уменьшению симптомов депрессии, в то время как при фармакологическом лечении показатели депрессии сохранялись на прежнем уровне. По данным болгарских исследователей известно, что в результате апитоксинотерапии в крови происходит повышение уровня 17-оксикортикостероидов, они также повышаются у людей с депрессией, тревогой, в связи с чем следовало ожидать, что показатели тревожности и депрессии при апитоксинотерапии будут сохраняться или увеличиваться, однако показатели депрессии уменьшились в 2,2 раза, понизился уровень тревоги, хотя и не столь значительно. Клинически действие апитерапии проявлялось в повышении общего фона настроения, отмечалась редукция тревожно – ипохондрических проявлений, улучшался сон. Это позволило нам предположить, что антидепрессивный механизм пчелиного яда не связан с гипофизарно-надпочечниковой системой. Согласно общепринятой на сегодня концепции, депрессия – это в первую очередь дефицит серотониновой медиации. Учитывая литературные данные о механизме действия некоторых антидепрессантов, а также свойстве пчелиного яда как ганглиоблокатора пре- и постсинаптических мембран нервных клеток можно полагать, что антидепрессивный механизм аналогичен действию некоторых антидепрессантов, что требует дальнейшего изучения.

Известно, что в формировании болевого симптомокомплекса депрессивным и тревожным нарушениям принадлежит определяющая роль, причем лечение РА при наличии депрессивного расстройства резистентно к традиционной терапии НПВП как аналгетика. Поэтому назначение антидепрессантов можно рассматривать и как средство, воздействующее на центральные механизмы боли. Кроме того, депрессия и хроническая боль имеют один общий механизм - дефект серотониновой медиации, что позволяет предположить механизм влияния апитоксинотерапии на соматическое состояние.

Наши исследования воздействия на показатели утренней скованности показали следующее: выявлено достоверное однонаправленное снижение утренней скованности независимо от вида терапии (Р<0,001).

Обнаружено достоверное однонаправленное снижение болевых ощущений независимо от вида терапии (Р<0,001), а также улучшение подвижности суставов. Одновременно наблюдалось улучшение подвижности суставов. Таким образом, результаты лечения пчелиным ядом больных РА продемонстрировали сочетанное действие как на симптомы депрессии и тревоги, так и показатели соматического состояния.

Нами получены данные о высокой и достоверной положительной корреляции между дозой ГКС, показателями депрессии и тревоги. Следовательно, чем выше доза приема ГКС, тем выше депрессия и тревожность. Сравнение полученных данных позволяет предположить, что не только тяжесть заболевания вызывает тревожно-депрессивные расстройства, но, вероятно и экзогенные кортикостероиды способствуют развитию и поддержанию депрессии.

Процент осложнений при лечении методом апитоксинотерапии по нашим наблюдениям составил 5% в виде крапивницы, кожного зуда. Других осложнений в 1-й группе не наблюдалось. Согласно полученным нами и литературным данным (Трубкина Н.Н.,1987, Лудянский Э.А,1994, Мазуров В.И., Лила А.М., 2000), при апитоксинотерапии риск побочных эффектов в 9 раз меньше, чем при применении базисной терапии и в 8 раз меньше, чем при применении ГКС.

Низкий процент осложнений при апитоксинотерапии является важным преимуществом этого метода при лечении больных РА.

Таким образом, применение апитоксинотерапии позволит не только улучшить соматическое, но и психоэмоциональное состояние пациента, что имеет существенное прогностическое значение.

С целью иллюстрации выше представленных данных показателен один из клинических случаев отдаленных результатов (через 7 лет) после лечения методами апитерапии. Пациентка Х, 32г, с диагнозом РА, прогрессирующее течение. Заболела 2006г. В ревматологическом центре получила короткий курс гормональной терапии, затем назначен метотрексат. Принимала его 4 месяца, отмечала улучшение и самостоятельно прекратила его прием. Через несколько месяцев вновь наступило ухудшение. В течение года лечилась у гомеопата, отмечала положительный эффект лечения и в последствии вновь наступило ухудшение. Затем пробовала голодание, без эффекта. Очередное ухудшение связывает с обливанием холодной водой. Решила обратиться к апитерапевту. При поступлении на апитерапию (2009): жалобы на боли в суставах стоп, кистей, плечевых и локтевых суставах, снижение веса, слабость. Работать не может, подвижность ограничена. Объективно: локтевые, ЛЗС, суставы пальцев рук значительно отечны, резко ограничены в движениях, с трудом ходит. Вес значительно снижен, подавленное настроение, раздражительность. Лекарственной терапии, кроме НПВП, не принимает. Назначена апитерапия. Положительную динамику отметила уже к 20-му сеансу апитоксинотерапии. В течение 2 лет периодически получала поддерживающую апитерапию. После апитерапии посещала психотерапевта в течение полугода. Динамика через 7 лет (подтверждается видео материалом) - движения восстановились полностью. Набрала вес, чувствует себя здоровой, делает карьеру, активно работает.

СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА КАК СРЕДСТВО МЕДИЦИНСКОЙРЕАБИЛИТАЦИИ

## Григорьева В.Н.

## Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

В последние годы отмечается рост заболеваемости среди взрослого населения, особенно со стороны опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и дыхательных систем, эндокринные нарушения. Так как одной из причин этих заболеваний является гиподинамия, то соответственно наиболее эффективный способ повышения двигательной активности – включение в программу медицинской реабилитации больных доступных физических нагрузок. Наиболее эффективными физическими упражнениями, способствующие улучшению деятельности сердца, легких, обменных процессов, опорно-двигательного аппарата, являются аэробные нагрузки (ходьба, бег, плавание, ходьба на лыжах), которые наиболее доступны на санаторном и амбулаторном этапах лечения.

В последние годы все чаще стали использовать такую разновидность ходьбы, как скандинавская ходьба с палками. Основные ее преимущества заключаются в том, что она практически не имеет противопоказаний, доступна всем независимо от возраста, требует минимум материальных затрат, занятия проводятся на свежем воздухе (хотя тяжелым больным можно начинать ходить и в помещении – после травм, инсульта, оперативных вмешательствах с обязательным использованием резиновых наконечников). Отличие скандинавской ходьбы от обычной прогулочной ходьбы заключается в том, что в работу включается в 2 раза больше мышц (до 90%), соответственно, в большей степени усиливается кровоток как в мышцах, так и в коронарных сосудах, активизируется обмен веществ, снижается холестерин и уровень сахара в крови, замедляется развитие атеросклероза. Наряду с этим, можно подчеркнуть положительное воздействие скандинавской ходьбы на опорно-двигательный аппарат: улучшается осанка, снижается нагрузка на суставы нижних конечностей и позвоночника.

В настоящее время скандинавская ходьба завоевывает все большую популярность среди населения, особенно среднего и пожилого возраста. В зависимости от поставленных задач, можно выделить оздоровительную (повышение физических и функциональных показателей, эмоционального тонуса), профилактическую и реабилитационную (после перенесенных заболеваний и травм).

Что касается включения скандинавской ходьбы в систему медицинской реабилитации, то можно выделить несколько основных направлений:

- заболевания сердечно-сосудистой системы (стенокардия, гипертоническая болезнь, после перенесенного инфаркта миокарда и ревасуляризации, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), заболевания сосудов нижних конечностей),

- заболевания дыхательной системы (хронический бронхит и хроническая пневмония, бронхиальная астма),

- заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, артриты и артрозы, после эндопротезирования суставов),

- заболевания нервной системы (остеохондроз с грыжеобразованием, состояние после перенесенного инсульта, болезнь Паркинсона).

Для лиц с отклонениями в состоянии здоровья особое внимание при проведении занятий необходимо обращать на подготовку к ходьбе, а именно: проведение разминки как для различных мышечных групп, так и для кардиореспираторной системы с использованием общеразвивающих и дыхательных упражнений, а также специальных упражнений с палками. В основной части занятия применяется скандинавская ходьба по пересеченной местности в течение 20-30 минут в зависимости от состояния больного. Для людей, начинающих заниматься важно обучение правильной технике ходьбы с палками под руководством инструктора по скандинавской ходьбе. В процессе регулярных тренировок можно постепенно увеличивать дистанцию, а затем и темп ходьбы. В заключительной части занятия рекомендуются дыхательные упражнения, растягивание основных мышечных групп, увеличение подвижности в суставах конечностей и позвоночника, восстановление частоты дыхания и пульса. Для получения тренирующего эффекта необходимо заниматься 3-4 раза в неделю с общей продолжительностью от 30 до 60 минут. Для контроля за реакцией организма на физическую нагрузку необходимо подсчитывать пульс (в покое, во время нагрузки и после занятия). Наиболее адекватный режим деятельности сердечно-сосудистой системы для пациентов на начальном этапе – это 50-60%, а в дальнейшем – 60-75% от максимального пульса, который рассчитывается как разница 220 минус возраст в годах.

Таким образом, скандинавскую ходьбу можно рекомендовать пациентам на различных этапах медицинской реабилитации, где возможна разработка индивидуальных программ физической реабилитации с целью улучшения состояния здоровья и повышения толерантности к физическим нагрузкам.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

## Дрожжина Л.А. ¹ , Вишняков А.Н. ²

## 1- Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; 2 - Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И.Турнера

Стационарное лечение – важнейший, но лишь первый этап комплексного лечения больных с травмами костно-мышечной системы (КМС). Второй обязательный этап – это восстановительное лечение больных в амбулаторно-поликлинических или санаторно-курортных условиях.

Цель:изучить работу реабилитационного отделения в составе травматологического отделения стационара.

Материалы и методы:была изучена работа 10 реабилитационных коек в составе травматологического отделения детской городской больницы, где за год прошли курс реабилитации 315 пациентов с травмами КМС. Проанализированы методы реабилитации, удельный вес и средняя длительность восстановительного лечения пациентов.

Результаты:программа реабилитации пациентов с последствиями переломов верхних конечностей зависит от локализации повреждения и, учитывая краткосрочное пребывание в стационаре, сводится к обучению пациентов упражнениям для мелкой моторики, профилактике контрактур в суставах. Дети обучаются упражнениям на здоровой конечности, с целью выполнения их в домашних условиях. При выраженной контрактуре или гипотрофии мышц им проводится дифференцированный массаж, физиотерапия по показаниям, лечебная и тренажерная гимнастика.

При травмах нижних конечностей реабилитационные мероприятия предусматривают подготовку мышц верхних конечностей и туловища к обучению ходьбе с помощью костылей. Проводится дыхательная и общеукрепляющая гимнастика, упражнения для свободной от иммобилизации конечности. Подобные пациенты переводятся чаще всего на амбулаторный этап реабилитации. После снятия гипса назначается гимнастика для восстановления амплитуды движения в суставах и мышцах конечностей. Одновременно вырабатывается стереотип правильной ходьбы, что очень важно для предупреждения статического сколиоза, перекоса таза. Также проводятся физиотерапевтические процедуры (по показаниям), массаж, лечебные упражнения в воде.

Программа реабилитации пациентов с последствиями переломов позвоночника должна быть обоснована клинико-рентгенологическими показателями и состоянием мышечного корсета. Лечебные мероприятия начинаются со 2-3 дня: соблюдение укладки, обучение навыкам самообслуживания, в том числе правильному повороту на живот, дыхательная гимнастика. Физические упражнения выполняются в изометрическом режиме для мышц живота и конечностей. После поворота на живот пациент выполняет «разгибательную» гимнастику, направленную на укрепление мышц спины и сохранение физиологических кривизн позвоночника. Пациентов выписывают в разгрузочном корсете на 10-14 день, когда идут активные репаративные процессы в поврежденных позвонках, при этом пациент не готов к вертикализации и, в лучшем случае, он поступает в санаторий «Огонек». Основная группа долечивается в домашних условиях, не соблюдая ортопедического режима разгрузки позвоночника. На амбулаторном этапе диспансеризация подобных пациентов практически отсутствует и прогноз их не всегда благоприятный. Пациенты лечатся в разных клиниках с клиновидной деформацией позвонков и посттравматическим остеохондрозом.

Учитывая объем реабилитационных мероприятий, средние сроки восстановительного лечения на реабилитационных койках по отдельным нозологиям (в расчете на одного больного) колебались от 3,1 койко-дня – последствия переломов запястья и кисти (18 пациентов) до 24 койко-дней – последствия других уточненных травм КМС (1 пациент). На втором месте по длительности восстановительного лечения – пациенты с последствиями травм, захватывающих несколько областей (14 койко-дней - 4 человека). Самая большая группа – пациенты с последствиями переломов верхних конечностей (исключая запястье и кисть): 150 человек, средние сроки лечения которых – 6,8 койко-дней.

Выводы:анализ работы 10 реабилитационных коек в структуре травматолого-ортопедического отделения показал, что они используются недостаточно эффективно. Вместе с тем установлено, что часть пациентов после выписки из стационара получили курс реабилитации в санатории «Огонек», часть больных долечивается в детских поликлиниках, определенная часть получает комплексную реабилитацию в центрах реабилитации (бюджетных и коммерческих). Проведенное исследование и данные литературы показали, что самой оптимальной формой как для раннего, так и для позднего периодов восстановительного лечения детей с травмами КМС является стационарная форма лечения в круглосуточно работающем, многофункциональном центре реабилитации, который лучше всего организовывать в структуре стационара.

**МЕСТО ГОМЕОПАТИИ В СТРУКТУРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Зарина Н.Н.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет

Гомеопатия относится к методам регулирующей терапии, целью которой является воздействие на процессы саморегуляции с помощью лекарств, подобранных строго индивидуально, с учетом реакции больного. Эта терапевтическая система существует более 200 лет и претерпела различные этапы взаимоотношений с официальной медициной.

 В настоящее время сохраняет свою силу приказ №335 от 29.11.1995 г., разрешающий использовать метод гомеопатии в практическом здравоохранении и рекомендующий обеспечить последипломную подготовку врачей - специалистов лечебного, педиатрического и стоматологического профиля.

 Гомеопатический подход к больному максимально соответствуют задачам медицинской реабилитации. Основателем гомеопатии Самуилом Ганеманом еще в XVIII веке была сформулирована главная задача врача: «Высочайшим идеалом лечения является быстрое, мягкое, стойкое восстановление здоровья или полное устранение и истребление болезни кротчайшим, надежным и безвредным путем на рациональной основе». Понятие медицинской реабилитации включает в себя «комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленного на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, улучшение качества жизни пациента и его социальную интеграцию в общество» (ст. 40 Ф3-323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Сегодня, очевидно, что для разработки комплекса реабилитационных рекомендаций недостаточно ограниченного органопатологического изучения болезней. Взаимосвязь структуры, функции и психических импульсов является неразрывным единством, которое учитывается при гомеопатическом подходе.

В настоящее время под общим понятием гомеопатии используются различные направления, имеющие с гомеопатией лишь общую технологию приготовления препаратов.

Понятие классической гомеопатии включает в себя назначение одного (конституционального) препарата, подобранного на основании закона подобия строго индивидуально, с учетом наследственности пациента (понятие о миазмах), его психологических особенностей, совокупностью всех имеющихся симптомов. Это наиболее сложный и одновременно глубокий подход, требующий  от врача специальных знаний и опыта.

 Часто в практике врача применяются комплексные гомеопатические лекарственные средства (ГЛС), назначаемые по нозологическому принципу («от гриппа», «от аденоидов» и т.д.). Этим методом  могут пользоваться врачи любых специальностей во время своего основного приема. Однако, эффективность такого использования ГЛС значительно ниже.

 Наиболее часто применяемые препараты в практике врачей различных специальностей являются антигомотоксические (биологические) препараты. Основное действие препаратов основано на трех «столпах» и направлено на улучшение дренажных и дезинтоксикационных функций организма, иммуномодуляцию и оптимизацию функционального состояния органов и клеточного метаболизма. Алгоритмы назначения соотносятся как с общим уровнем здоровья пациента (уровнем токсического отягощения), так и с особенностью течения основного заболевания (фазой гомотоксикоза). В этих лекарственных средствах содержащиеся в них субстраты представлены в основном в материальном диапазоне гомеопатических концентраций (потенций). Синдромально-патогенетический подход к назначению антигомотоксических препаратов отводят на второй план их гомеопатическую природу, выдвигая на первый план низкодозовые воздействия входящих в их состав «коктейлей». Различные формы выпуска препаратов позволяют использовать их в виде таблеток, капель, мазей, гелей и в инъекционных введениях, что значительно расширяет область их применения.

 Отдельно сформировалось направление, использующее биологические (антигомотоксические) натурапатические препараты для парентерального введения в специальные точки и зоны тела для поддержки процессов биорегуляции – биопунктура, гомеосинеартрия.

 Кроме вышеперечисленных направлений существуют различные «аппаратные» методики, применяющие препараты, приготовленные по гомеопатическим технологиям (метод биорезонансной терапии, метод Фолля, метод пульсогемоиндикации и др.).

 Таким образом, под общим термином «гомеопатия» зачастую подразумеваются различные направления в медицине. С нашей точки зрения, все они имеют право на применение при одном условии - высокого профессионализма в этой области врача. Для этого врачу общей практики или узкому специалисту необходимо пройти курсы повышения квалификации по использованию гомеопатического метода.

 Гомеопатический метод лечения представляет собой оптимальную программу регулирующей терапии и может осуществляться при различных лечебно-профилактических мероприятиях изолированно или в сочетании с другими медикаментозными или немедикаментозными средствами.

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Карташова Н.К., Шестаков Н.Л., Майш Е.А.

RNWA (Русская Национальная Ассоциация Скандинавской ходьбы), АВАР (Ассоциация Врачей Амбулаторной Реабилитации), Баварская Академия спорта для взрослых

Nordic Walking (NW) - cкандинавская, северная, финская ходьба, как вид физической активности с помощью специальных палок широко представлена в научно-популярной литературе. Врач любой специальности, который рекомендует пациенту занятия скандинавской ходьбой, должен иметь как теоретические, так и практические знания.

Цель работы: проведение анкетирования врачей для определения отношения медицинской аудитории к скандинавской ходьбе в процессе реабилитации пациентов с различными заболеваниями.

Материалы и методы: Проведено анкетирование 121 врачей различных специальностей, которые не проходили специального обучения по скандинавской ходьбе.

Был предложен опросник, который включал восемь вопросов.

Полученные результаты: Анализ анкетирования выявил, что 95% врачей знают о реабилитационном эффекте NW, 82% респондентов считают, что эффективность лечения с помощью NW возможна только при правильной технике ходьбы, 87% опрошенных не знают, что для NW нужны специальные палки, 68% никогда не пробовали ходить с палками. При этом 56% респондентов не знают о специальной технике NW, 45% считают, что знают технику NW, но при этом нигде не учились, 98% врачей считают, что занятия должен проводить сертифицированный инструктор, тогда курс реабилитации будет более эффективен, 70% опрошенных считают, что без специального обучения нельзя проводить занятия и рекомендовать NW при реабилитации различных заболеваний.

Опыт проведения обучения врачей технике NW показал, чтобы овладеть на практике навыками NW, мало одних теоретических занятий. На теоретических занятиях подробно разъяснялась значимость и разница в выборе правильного инвентаря и экипировки, что является важнейшим фактором в реабилитационном эффекте NW. На практических занятиях необходимо обучать правильной технике ходьбы для ее эффективного применения в реабилитационном процессе.

Выводы: Для включения NW в реабилитацию различных заболеваний необходима не только теоретическая, но и практическая подготовка медицинской аудитории совместно с инструкторами RNWA. Только через собственный практический опыт освоения правильной техники NW, врач может рекомендовать её пациентам. В отделениях реабилитации амбулаторного и санаторного звена необходимы сертифицированные инструкторы по NW, которые будут проводить занятия с пациентами под контролем врача реабилитолога.

РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ЛИЦ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕНСИТИВНЫХ ПЕРИОДОВ

## Киселева Е.А., Красноперова Т.В.

## Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры

В ряде исследований авторами утверждается, что начиная с 5-летнего возраста у детей с нарушением слуха происходит отставание в формировании двигательных способностей с наибольшим запаздыванием в развитии способности к поддержанию статического равновесия. Наиболее благоприятными периодами для развития координационных способностей (КС), иначе сенситивными, являются 9-10 лет у девочек и 10-11 лет у мальчиков. Наличие сенсорных нарушений в виде патологии слухового анализатора расценивается как лимитирующий фактор для развития КС соответственно сенситивному периоду.

Цель работы: выявление особенностей сенситивных периодов у школьников с нарушением слуха.

Методы исследования. Сотрудниками ФГБУ СПбНИИФК были проведены мониторинговые исследования лиц с нарушением слуха посредством стабилометрической методики и разработана классификация степени статокинетических нарушений (СКН): легкие, умеренные, выраженные. К анализу стабилометрических показателей, характеризующих ту или иную степень нарушений, согласно методике, предлагались: средний радиус отклонения центра давления (ЦД), показатель средней скорости перемещения ЦД, скорость изменения площади статокинезиграммы, среднее направление колебаний, площадь доверительного эллипса, длина траектории ЦД во фронтальной и сагиттальной плоскостях, длина, зависимая от площади, интегральный показатель качества функции равновесия. По данным мониторингового исследования 98 учащихся коррекционной школы I вида (64 мальчика и 34 девочки) выявлено следующее.

Результаты исследования. При анализе результатов обследованного контингента девочек с нарушением слуха установлено, что у девочек 8 и 9-летнего возраста превалировала легкая степень статокинетических нарушений (СКН). У девочек 10-11 лет – превалировало отсутствие СКН в 60 % случаев. У девочек 12-летнего возраста констатированы варианты легких и умеренных нарушений. В 13 и 14-летнем возрасте у всех обследованных девочек выявлены СКН легкой степени. У двух школьниц 15 лет выявлены легкие нарушения и их отсутствие. В возрастных группах от 18 до 20 лет наблюдалось отсутствие СКН. У мальчиков 7-9-летнеговозраста в 45,5% случаев выявлены умеренные СКН, у 40,9% - легкие. У 13,6% 8-9 лет – статокинетических нарушений не выявлено. В 10-летнем возрасте у 80% выявлены легкие, а в 20% - умеренные СКН. У мальчиков 11 лет у 77,8% наблюдались легкие, у 22,2% СКН не выявлены. В 12 лет превалировали легкие СКН, у одного мальчика зафиксированы выраженные СКН. В 13 лет – у большинства наблюдалось отсутствие СКН и у одного мальчика - легкие СКН. У мальчиков 14-20 лет была легкая степень нарушений (50 %) и отсутствие СКН (50 %).

Выводы. По полученным фактическим данным, возраст 10-11 лет является сенситивным в развитии координации у девочек с нарушением слуха (у относительно здоровых девочек – 9-10 лет) и наблюдается отставание развития статической составляющей координационной структуры двигательной деятельности. У мальчиков данной нозологии - возраст 11 и 13 лет является сенситивным в развитии координации у мальчиков данной нозологии (у относительно здоровых мальчиков – 10-11 лет), поэтому установлено отставание и нелинейный характер развития статической составляющей координационной структуры двигательной деятельности.

К ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Комаровская А.И.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Для успешности лечения и медицинской реабилитации (МР) важны психологические характеристики пациента и его социальные ресурсы. Учёт единства биологического, психологического и социального как в болезни, так и в здоровье пациента повышает результативность его восстановительного лечения.

Для МР важны такие психологические характеристики как комплаентность, мотивированность, отношение к болезни и лечению, локус контроля и репертуар стратегий борьбы со стрессом. Существенны когнитивные функции пациентов, влияющие на указанные характеристики и имеющие самостоятельное значение, особенно, при мероприятиях, требующих активного участия в лечении самого пациента.

Когнитивные нарушения различной тяжести сопутствуют таким распространенным заболеваниям как ИБС, ОНМК, диабет. Однако, и при иных патологиях, не ассоциированных классически с когнитивной дисфункцией, нередко наблюдается когнитивное снижение. Свою роль здесь играют сопутствующие заболевания и возраст, стресс, являющийся реакцией на саму болезнь и связанные с ней события: госпитализацию, операцию, болевой синдром, ухудшение качества жизни и т.п.

Когнитивные нарушения встречаются в сфере внимания (трудности переключения, распределения, снижение концентрации, устойчивости и объема внимания и др.), памяти (снижение объёма кратковременной, нарушения слухоречевой, зрительно-пространственной и моторной памяти и др.), мышления (нарушения вербально-логического мышления, предпочтение поверхностных ассоциаций и др.). Структура когнитивных нарушений отражает степень снижения нарушенных функций и сохранные функции, опора на которые в реабилитационном процессе улучшает результат.

При планировании реабилитационных программ необходимо учитывать состояние когнитивных функций личности, в обратном случае возможно истощение психологических ресурсов пациента с последующими утомлением, истощением, ухудшением эмоционального состояния, негативным отношением к лечению, снижением мотивации.

Истощение умственных ресурсов приводит к снижению критичности мышления. К примеру, при продолжительных физических тренировках, пациент, вынужденный сохранять «технологические» инструкции в кратковременной памяти, активно потребляет ресурсы внимания, что приводит к субъективному ощущению общего утомления. Такой пациент способен преувеличить степень физического утомления, и, опираясь на поверхностные впечатления усталости, может отказаться продолжить занятия.

Трудности переключения внимания негативны в работе с быстрым переключением с одного вида деятельности на другой, здесь необходимы перерывы. Сниженная скорость психических процессов сопровождается медленной врабатываемостью и при составлении программы, постепенно втягивая пациента в каждую процедуру, можно добиться хороших результатов, если апеллировать к сохранным функциям, например, устойчивости внимания. Снижение слухоречевой памяти можно нивелировать, предоставляя пациенту информацию в наглядной форме, что особенно важно при предоставлении рекомендаций и обучении навыкам.

Комплексный подход к реабилитации подразумевает присутствие различных характеристик пациента, в том числе психологических. Оценка когнитивных функций имеет самостоятельное значение. Учёт структуры когнитивного функционирования пациента позволяет повышать эффективность реабилитационных мероприятий, сохраняя мотивированность пациента и его положительное отношение к процессу восстановительного лечения.

**РЕСУРС ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИЕМОВ ПСИХОДРАМАТИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ФАКУЛЬТЕТА АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РАМКАХ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА**

Красильникова Н.В., Ванчакова Н.П.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П.Павлова

Специалист по адаптивной физической культуре, согласно современному ФГОС должен реализовывать широкий спектр видов профессиональной деятельности, среди которых педагогическая, воспитательная и развивающая деятельность. В ходе обучения происходит формирование связанных с указанными видами деятельности компетенций – ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 [4]. С этой целью в ходе обучения студенты осваивают ряд педагогических дисциплин, в том числе, специальную и социальную педагогику.

В современной педагогической практике наблюдается обусловленная стандартами ФГОС ВО 3+, необходимость в применении инновационных форм при формировании ряда компетенций, необходимых в профессиональной деятельности специалиста АФК. Данная проблема может быть решена благодаря увеличению доли инновационных ресурсов (содержательных и методических), что нами рассматривается на примере внедрения приемов психодраматического метода в курсы «специальная педагогика» и «социальная педагогика».

В контексте вышесказанного, актуальным является исследование возможностей использования приема психодраматического метода в рамках вышеуказанного курса для формирования ряда педагогических компетенций.

Целью исследованияявилось изучение возможностей приемов психодраматического метода как инновационной формы при формировании педагогических компетенций у студентов факультета АФК в ходе обучения по курсам «Специальная педагогика», «социальная педагогика».

Задачи исследования: оценить, при формировании каких педагогических компетенций, направленных на профессиональную и личностную саморегуляцию могут быть использованы приемы психодраматического метода и в каких разделах программы обучения они могут быть использованы.

Методы исследования: анализ программы, анкетирование, включенное наблюдение.

Результаты. Анализ ряда исследований позволяет отметить, что компетентностно-образовательный процесс имеет следующие отличительные черты:

- ориентация на усвоение целостного содержания образования, направленного на конкретные задачи профессиональной деятельности, а не отдельных дисциплин;

- модульное обучение;

-широкое использование практико-ориентированных и имитационно- моделирующих форм и методов учебной работы.

С целью определить эффективность использования приемов психодраматического подхода в формировании компетенций у студентов АФК, были проанализированы учебные программы курсов «специальная педагогика» и «социальная педагогика» и определены разделы, направленные на формирование необходимых для педагогической, воспитательной и развивающей деятельности профессиональных компетенций.

Анализ указанных компетенций позволил предположить, что в процессе их формирования возможно использование приемов психодраматического метода. Соответственно, были выделены разделы программы, отвечающие за формирование указанных компетенций, и разработаны методические указания по внедрению приемов психодраматического метода в процесс обучения.

В рамках этих разделов было решено содержательно дополнить практические занятия, разработанные согласно ФГОС ВО 3+, информацией раскрывающей возможности приемов психодраматического метода при взаимодействии «специалист АФК-пациент», и направленные на саморегуляцию специалиста, его профессиональных и личностных ресурсов, а также, применить ииновационные формы при преподнесении лекционного материала: лекция-визуализация, лекция-презентация, проблемная лекция.

В ходе семинарских занятий было решено использовать ролевые игры. Ролевые игры представляют собой адаптированный к условиям обучения в вузе вариант «психодрамы» Дж. Морено и ориентированы в большей степени на приобретение коммуникативных умений и навыков, определенного эмоционального опыта. В ходе ролевых игр участникам предоставляется возможность сыграть роль, взятую из реальной жизни, например, реальные ситуации.

Для анализа эффективности использования приемов психодраматического метода были выделены уровни сформированности компетенций формируемых компетенций, которые отображены в картах компетенций.

Для оценивания результатов обучения в виде знаний использовались

- индивидуальное собеседование

- письменные ответы на вопросы.

Для оценивания результатов обучения в виде умений и владений использовались простые практические контрольные задания (ситуационная задача с простым ответом или коротким действием)

Были использованы следующие типы практических контрольных заданий:

- задания на принятие решения в нестандартной ситуации (ситуации выбора, многоальтернативности решений, проблемной ситуации);

- задания на оценку последствий принятых решений;

Направленность заданий для самостоятельной работы так же характеризовалась дополнительными изменениями, раскрывающими требования Образовательного стандарта через призму прикладного компонента приемов психодрамы с направлением на личностную и педагогическую рефлексию. Обучающиеся вели дневник, предполагающий отражение и рефлексию профессиональных и личностных эпизодов с "реакцией" эмоций и анализом событий из ролевого поведения.

Таким образом, выявлен потенциал использования приемов психодраматического метода для преподавания циклов «Специальная педагогика» и «социальная педагогика», что соответствуют требованиям стандарта ФГОС ВО 3+, отображенного в картах компетенций и подчеркивает необходимость внедрения практико-ориентированных и имитационно- моделирующих форм и методов учебной работы в образовательный процесс. При этом процесс использования приемов психодраматического метода положительно воспринимается студентами факультета адаптивной физической культуры, и высоко оценивается ими, как средство, расширяющее их личностный и профессиональный потенциал.

КУРС ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ФИТОТЕРАПИЯ»: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ

## Лесиовская Е.Е.1, Андреева Д.М. 1, Бахтина С.М. 2

## 1 - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова; 2 – Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П.Павлова

С 1 июля 2015 г согласно дополнениям, внесенным в Общероссийский классификатор занятий, принят Приказ Росстандарта  
 от 12.12.2014 N 2020-ст. - фитотерапией могут заниматься «*высококвалифицированные целители и практики альтернативной и народной медицины*(ОКВЭД 2230), которыеосматривают пациентов;занимаются профилактикой и лечением заболеваний, болезней, травм и других физических и умственных нарушений; поддерживают общее состояние здоровья у людей посредством применения знаний, навыков и опыта, полученных в результате глубокого изучения теорий, убеждений и опыта, накопленных в определенных культурах.

Примеры занятий, отнесенных к данной начальной группе: *Врач аюрведической медицины; Гомеопат; Иглотерапевт; Натуропат*. Некоторые родственные занятия, отнесенные к другим начальным группам: Врач мануальной терапии; Фитотерапевт; Бальнеолог » (ОКВЭДы2269, 3230 и 3255, соответственно). Такие изменения в совокупности с отсутствием лицензирования деятельности в области традиционной медицины приведут и, собственно уже приводят к падению уровня подготовки специалистов, работающих в данной области. Оказанием «услуг» с применением метода фитотерапии теперь могут заниматься люди без специального медицинского образования, зарегистрировавшись «высококвалифицированным целителем».

В то же время метод фитотерапии высокоэффективен на этапах маладаптации и предболезни, а также в программах реабилитации на этапе восстановления здоровья после перенесенных травм, операций, острых и хронических истощающих заболеваний (Вайс, Финкельштейн, 2004; Булаев, Ших, Сычев, 2011; Лесиовская, 2014). Однако студенты медицинских вузов не изучают фитотерапию и представления о методе могут получить только на этапе постдипломного образования. Поэтому представлялось актуальным более широкое внедрение преподавания метода фитотерапии в образовательную практику медицинских вузов и средних учебных заведений. Был разработан курс тематического усовершенствования «Доказательная фитотерапия», который был утвержден в рамках программ повышения квалификации врачей на кафедре организации и управления в сфере обращения лекарственных средств Института профессионального образования ГБОУ ВПО Первого МГМУ имени И.М.Сеченова Минздрава России в 2014 году и на кафедре фармакологии в рамках программ факультета последипломного образования ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени И.П.Павлова Минздрава России в 2015 году.

Применение метода фитотерапии в России имеет многовековую историю и в последнее столетие получило глубокое научное обоснование. Поэтому в основе современных методик фитопрофилактики, фитотерапии, фитореабилитации и фитооздоровления лежат теоретически обоснованные, экспериментально и клинически апробированные подходы, обеспечивающие восстановление функций нервной, иммунной и эндокринной систем – «главного регуляторного треугольника», ответственного за уровень здоровья и качество жизни.

Программа курса ТУ «Доказательная фитотерапия» в объеме 144 ч. включает лекции, семинары. Предусмотрено проведение тестового контроля, решение ситуационных клинических задач, выполнение курсовых работ и итоговую аттестацию. Обучение осуществляют в очной, очно-заочной (дистанционной) формах. Лекторы проводят также выездные курсы (при наборе группы не менее 10 человек). Основная цель данного курса - повышение и углубление профессиональных знаний врача в области применения лекарственных растений в лечении и реабилитации. Каждый раздел курса содержит научно обоснованную информацию о выборе и эффективном применении фитопрепаратов в стандартах лечения заболеваний нервной, иммунной, эндокринной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и мочеполовой систем. Особое внимание уделяется вопросам эффективности, безопасности и совместимости фитотерапии с фармакотерапией и другими базовыми методами лечения.

Курс «Доказательная фитотерапия» расширяет возможности врача и дает базовые знания о рациональном применении фитопрепаратов в комплексной терапии наиболее широко распространенных заболеваний. Слушатели получают знания о возможности использования метода фитотерапии в дерматологии, акушерстве и гинекологии, педиатрии, ревматологии, неврологии, стоматологии, оториноларингологии, онкологии, геронтологии. Освоение курса позволяет врачу легко ориентироваться в видах и свойствах лекарственных растений, препаратах, биологически активных и пищевых добавках на их основе. В результате врач расширит возможности назначаемой пациентам терапии, повысив не только ее эффективность, но и безопасность. Подготовлен также вариант УМК «Доказательная фитотерапия» для преподавания предмета студентам медицинских и фармацевтических вузов/факультетов. Апробация курса для студентов проводится профессорами Лавреновой Г.В., Лесиовской Е.Е., Яременко К.В. с 2015 года в виде открытых лекций, которые востребованы как студентами, так и практикующими врачами.

В заключение хочется подчеркнуть, что опыт преподавания и применения метода фитотерапии подтверждает его востребованность, поэтому важнейшей задачей медицинского сообщества является возобновление лицензирования метода, что создаст необходимый импульс для дальнейшего повышения квалификации врачей. Это, в свою очередь, позволит осуществлять реабилитацию и восстановление здоровья пациентов на более высоком уровне.

ВЫЯВЛЕНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

## Малышев А.И.

## Ленинградский государственный областной университет имени А.С.Пушкина, Санкт-Петербург

Многообразие и сложность морфофункциональных нарушений, развивающихся у детей, страдающих церебральным параличом, является существенным фактором, снижающим реабилитационный потенциал данного контингента. На сегодняшний день продолжается поиск и научное обоснование наиболее эффективных средств реабилитации детей с последствиями церебрального паралича. Однако следует констатировать, что до настоящего времени остаются недостаточно изученными вопросы дифференциации содержания физкультурно-оздоровительной работы применительно к индивидуальным особенностям детей. Неоднородность контингента детей с последствиями церебрального паралича требует использования объективных количественных критериев оценки физического состояния, на основе которых можно дифференцировать содержание и объем реабилитационных мероприятий. Одним из таких критериев по нашему мнению, можно считать вариабельность сердечного ритма, которая является интегральным показателем адаптационной деятельности. В этой связи нами проведено исследование состояния вегетативного гомеостаза детей с последствиями церебрального паралича на основе анализа вариабельности сердечного ритма.

Регистрация сердечного ритма осуществлялась при помощи цифрового анализатора биоритмов «Динамика-100», разработанного центром биомедицинских исследований «Динамика» (г. Санкт-Петербург) и одобренного Комитетом по новой медицинской технике Министерства Здравоохранения РФ и Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ.

Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения школы интерната №9 Калининского района Санкт-Петербурга. Под нашим наблюдением находилось 56 детей с последствиями церебрального паралича в возрасте от 7 до 14 лет.

Запись проводилась в положении лежа в первом отведении в покое после предварительного отдыха в течение 15 минут в условиях, приближенных к основному обмену.В некоторых случаях при очень низкой амплитуде R-зубца запись проводилась во втором отведении. Регистрировались 100-110 последовательных кардиоинтервалов. Контроль показателей функционального состояния осуществляется непосредственно в процессе записи ЭКГ.

Анализировались показатели вариабельности сердечного ритма в системе оценок, рекомендуемых «Стандартами измерения, физиологической интерпретации и клинического использования вариабельности сердечного ритма» разработанными группой экспертов Европейской ассоциации кардиологии и Североамериканской ассоциации ритмологии и электрофизиологии (Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Racing and Electrophysiology, 1996). Рассчитывались длительность сердечного цикла (R-R), вариационный размах (х), мода (Мо) и амплитуда моды (АМо), на основе которых рассчитывались относительные значения: вегетативный показатель ритма (ВПР), индекс напряжения регуляторных систем (ИН), индекс вегетативного равновесия (ИВР), показатель адекватности процессов регуляции (ПАПР).

Статистический анализ экспериментальных данных осуществлялся с использованием пакета статистической обработки STATGRAPHICS Plus for Windows.

Анализ показателей сердечного ритма выявил у части детей-инвалидов однонаправленные изменения исследуемых параметров, указывающих на преобладающее влияние симпатической иннервации, высокую централизацию управления сердечным ритмом и напряжение регуляторных механизмов.

Таблица 1

Показатели сердечного ритма детей с последствиями церебрального паралича (М±m)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Норма | Мальчики | | Девочки | |
| 8-10 лет n=14 | 11-14 лет n=25 | 7-10 лет  n=5 | 11-14 лет  n=12 |
| ЧСС | 60-90 | 87,43±2,32 | 80,32±2,61 | 80,40±6,12 | 84,25±3,76 |
| ВПР | 0,25-0,6 | 0,34±0,02 | 0,34±0,02 | 0,39±0,04 | 0,31±0,02 |
| ИН | 10-100 | 178,44±40,14 | 125,77±24,83 | 89,08±28,55 | 149,82±25,49 |
| ИВР | 35-145 | 221,83±45,62 | 168,53±29,56 | 118,16±32,52 | 196,85±28,66 |
| ПАПР | 15-50 | 62,05±7,54 | 48,24±4,64 | 43,68±11,00 | 55,79±5,16 |

Как видно из таблицы, лишь показатели ЧСС и ВПР во всех группах обследованных находились в пределах нормы. Показатель ИН находился в пределах нормы в группе девочек 7-10 лет, а ПАПР в группе мальчиков 11-14 лет и в группе девочек 7-10 лет.

В целом, полученные данные ИН и ИВР в первой, второй и четвертой группах, а также ПАПР в первой и четвертой группах, свидетельствовали о том, что деятельность организма осуществляется на пределе его компенсаторных возможностей, характеризуется снижением адаптационных реакций. При таком состоянии синусовый узел обеспечивает лишь устойчивый ригидный ритм, что характерно для сердечной мышцы со сниженными адаптационными возможностями. Выявленные изменения ИН и ИВР на наш взгляд, отражают состояние неудовлетворительной адаптации, а полученные данные ПАПР следует расценивать как состояние функционального напряжения адаптационных механизмов.

Следует обратить внимание на высокие расчетные значения показателей ИН и ИВР, указывающие на разнородность полученных данных при обследовании детей. Данное обстоятельство вероятно можно связать с тем фактом, что группировка детей намеренно осуществлялась нами в соответствие с возрастом без учета тяжести нарушений. Это свидетельствует о необходимости учета сведений о характере адаптационной деятельности и компенсаторных возможностях организма детей в процессе физической реабилитации с учетом тяжести последствий церебрального паралича. Таким образом, в дальнейшем представляется целесообразным организация исследования с целью выявления связи между нарушениями адаптационных реакций детей-инвалидов и степенью поражения различных структур головного мозга.

Несомненно, учет состояния адаптационно-компенсаторных реакций детей с последствиями церебрального паралича и определение на их основе адекватных средств восстановительного лечения может способствовать повышению эффективности процесса физической реабилитации и качества жизни данного контингента инвалидов.

ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА РОССИЙСКИХ И ВЕНГЕРСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

## Мамаева М.А.

## Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П.Павлова, Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА

Медицинская реабилитация – довольно молодое, но активно развивающееся направление отечественной медицины, в то время как во многих странах это направление давно и успешно функционирует и широко используется врачами разного профиля. Обмен опытом в области медицинской реабилитации с зарубежными коллегами, несомненно, поможет ускорить внедрение передовых реабилитационных программ в практику отечественных врачей. Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» в течение пяти лет исследует опыт венгерских реабилитологов, широко применяемый на венгерских курортах и доводит полученные знания до широких медицинских кругов.

Методы, при помощи которых удается изучать зарубежную курортологию и реабилитацию, - это рабочие поездки врачей по обмену опытом, международные семинары и конференции, а также публикации серий статей и книг.

В результате определилось несколько наиболее актуальных направлений отечественного здравоохранения, которые нуждаются в скорейшем внедрении реабилитационных программ. Это спортивная медицина, реабилитация и оздоровление часто и длительно болеющих детей, реабилитация детей-инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата и нервной системы, реабилитация пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями, в частности, бронхолегочной и сердечнососудистой систем.

Спортивная реабилитация заслуживает особого внимания. Проводимая в стране пропаганда массового спорта должна сопровождаться развитием системы реабилитационных центров для спортсменов – как взрослых, так и детей, а также системы профилактики травматизма и других нарушений здоровья, связанных с занятиями спортом.

Спортсмены, получившие спортивную травму, наблюдаются в районных травмпунктах, районных поликлиниках, где им продлевают больничные листы, зачастую при полном отсутствии реабилитации. Восстановление здоровья становится заботой самого спортсмена. На курс реабилитации в стенах городского врачебно-физкультурного

Изучая курорты Венгрии, можно отметить, что на многих венгерских курортах предлагаются эффективные программы реабилитации спортсменов.

Венгрия обладает большим природным богатством - это, прежде всего, огромные подземные запасы термальных и минеральных вод, которые умело используются венгерской медициной для лечения многих недугов - от сложной патологии опорно-двигательного аппарата до аллергических и эндокринных заболеваний. Все зависит от химического состава лечебной воды. Наличие тех или иных минералов придает венгерской воде новые качества. Причем, вода используется как для лечебного купания, так и для лечебных питьевых курсов.

Кроме лечебных вод, в Венгрии добывается уникальная лечебная грязь со дна термального озера Хевиз, доступного для круглогодичного купания. Эта грязь развозится по всем курортам страны, смешивается там с местной лечебной водой, в результате чего образуется новый лечебный продукт, имеющий свои показания к применению.

Также закономерно, что в стране термальных источников есть целые системы карстовых пещер, некоторые их них имеют статус лечебных, где успешно справляются с тяжелыми бронхолегочными и аллергическими заболеваниями, нервными и др.

Наконец, страна, география которой связана с территорией бывшей вулканической деятельности, обладает природными мофетами – сухими углекислыми ваннами, что является редкостью даже для стран с развитой санаторно-курортной системой.

Но мало иметь такие природные богатства, важно ими мудро управлять, чтобы сделать доступными для большинства нуждающихся в санаторно-курортном лечении людей. Самая распространенная врачебная специальность в Венгрии – реабилитолог.

В Венгрии немного санаториев в том понимании, как мы их представляем, но в этой стране развита сеть лечебных гостиниц, при которых работают хорошо оснащенные реабилитационные центры. Они успешно играют роль полноценных санаторно-курортных учреждений, обслуживающих большое количество пациентов. Здесь применяются программы реабилитации с широким использованием, прежде всего, природных оздоровительных факторов (термальные бассейны, аппликации лечебной грязи, мофеты, питьевые курсы лечебных минеральных вод и ванны с минеральной водой.

Ведущее место в реабилитационных программах спортсменов и пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата занимает методика подводного вытяжения, автором которой является венгерский врач Dr. Moll. Методика имеет многолетний опыт успешного применения и доказала свою высокую эффективность. Часто болеющие дети и пациенты с бронхиальной астмой успешно получают курсы оздоровления в венгерских лечебных карстовых пещерах, а также в горных курортных зонах страны.

Дети с тяжелой патологией опорно-двигательного аппарата, в частности, с ДЦП значительно улучшают качество жизни после курсов кондуктивной педагогики в Будапеште по методике, разработанной венгерским специалистом А.Петё.

В результате проведенных исследований мы пришли к выводу, что опыт венгерских реабилитологов, несомненно, заслуживает внимания и всестороннего изучения, а самые эффективные методики – внедрения в практику отечественных врачей.

ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ЛИЦ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ БАЛЬНЫМИ ТАНЦАМИ

## Миллер Л.Л.

## Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

В настоящее время по данным Всемирной организации здравоохранения основной причиной смерти во всем мире являются сердечно-сосудистые заболевания. В России более семи миллионов жителей страдают ИБС (ишемической болезнью сердца) и она является первой и основной причиной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому определение основных факторов риска данных заболеваний и их профилактика в настоящее время является первостепенной задачей

Методы исследования: В исследовании принимали участие 82 человека, занимающихся бальными танцами среднего (44 - 60 лет) и пожилого возраста (60 – 75 лет), из них 41 человек – мужского пола, 41 – женского пола. Занятия бальными танцами проводились 2 раза в неделю по 2 часа в течение 5 лет и больше.

Комплексное обследование проводилось в Центре здоровья Петроградского района поликлиники № 34. Данное обследование включало: определение ИМТ (индекса массы тела), экспресс метод определения уровня глюкозы и холестерина в крови, определение ЛПИ (лодыжечно-плечевого индекса).

Результаты исследования: В данном исследовании оценивались следующие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: возраст (55 лет и более - у мужчин и 65 лет и более – у женщин); мужской пол; курение; артериальная гипертензия (у больных с артериальной гипертензией сахарный диабет встречается в 2,5 раза чаще, чем у пациентов без артериальной гипертензии); гиперхолестеринемия (повышение уровня холестерина в крови); избыточная масса тела (увеличение ИМТ больше 25 кг/м2); ожирение (увеличение ИМТ 30 кг/м2 и более); гипергликемия (увеличение уровня глюкозы в крови) – (70% внезапной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в настоящее время связаны с наличием сахарного диабета); увеличение или снижение ЛПИ (лодыжечно-плечевого индекса) – данный индекс отражает баланс САД (систолического артериального давления) – и нарушение данного баланса рассматривают в качестве биологического маркера атеросклероза.

В ходе данного исследования было установлено, что основными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у занимающихся бальными танцами являются:

1. Гиперхолестеринемия (повышение уровня холестерина в крови) у 28 человек – 34%.
2. Избыточная масса тела (ИМТ более 25 кг/м2) у 22 человек – 26.8%.
3. Ожирение (ИМТ 30 кг/м2 и более) у 7 человек – 8,5%.
4. Артериальная гипертензия у 9 человек – 10,9%.
5. Повышение АД выше 120/80 у 18 человек – 21,9%.
6. Гипергликемия у 7 человек – 8,5%.
7. Нарушение баланса ЛПИ у 6 человек – 7,3%.
8. Курение – у 11 человек – 13,4%.

Таким образом, в результате исследования было установлено, что гиперхолестеринемия является наиболее распространенным фактором кардиоваскулярного риска (отмечается у 34% занимающихся, но этот показатель почти в 2 раза меньше, чем средний по стране), что подтверждается данными 2016 года о наличии у 60% населения России гиперхолестеринемии.

Данные 2014 года по распространенности артериальной гипертензии свидетельствуют о ее наличии у 40% мужчин и у 40% женщин России. В нашем исследовании получены данные об уменьшении распространенности данного заболевания в четыре раза (артериальная гипертензия отмечается только у 10,9% занимающихся).

К сожалению, курение встречается в группе занимающихся бальными танцами. Избыточная масса тела, по-видимому, связана с неправильным питанием занимающихся бальными танцами.

Необходимо отметить, что гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, курение и избыточная масса тела практически одинаково встречались в группе мужчин и женщин, занимающихся бальными танцами.

Выводы: Распространенность факторов кардиоваскулярного риска у лиц, занимающихся бальными танцами ниже, чем данные в среднем по населению России, что связано, по-видимому, с более высокой физической активностью и ведением здорового образа жизни, а развитие сердечно-сосудистых заболеваний на 60-65% зависит от образа жизни.

МЕТОДИКА МАССАЖА ЛИЦА С ПСЕВДОБУЛЬБАРНЫМ ПАРЕЗОМ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛУТАРЫ

## Мусин Р.Р., Шова Н.И.

## Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург

В России заболеваемость инсультом старше 25 лет составляет 3,48 ± 0,21 на 1000 населения в год. При поступлении пациентов в позднем восстановительном периоде (от 6 мес. до 2 лет) и в периоде остаточных явлений одним из клинических проявлений является динамическая асимметрия лица, которая обусловлена парезом мимической мускулатуры в концепции псевдобульбарного синдрома (поражение ядерного аппарата лицевого нерва). Актуальность представляется в использовании неинвазивных косметологических методик для коррекции асимметрии.

Цель исследования: оценить эффективность массажа на функциональную способность лицевого нерва

Исследованы пациенты (мужчины и женщины) в возрасте от 40 до 75 лет с псевдобульбарным парезом мимической мускулатуры. В исследовании использованы две методики массажа: массаж Гуа Ша лица, основной принцип которого заключается в воздействии специальными скребками на биологически активные точки и рефлексогенные зоны лица, что позволяет усилить кровообращение, улучшить функцию нервной системы, активировать лимфодренаж; массаж «36 движений», направлен на работу с мимической мускулатурой и биологически активными точками лица мануальным воздействием. Использование этих техник улучшает питание мимической мускулатуры, усиливает лимфодренаж и стимулирует нервную систему. Оценивались:

1. Клинические признаки поражения лицевого нерва
2. Наличие синкинезий (непроизвольных содружественных движений):

* Веко-губная (при закрывании глаза поднимается угол рта на той же стороне).
* Веко-лобная (при закрывании глаза наморщивается лоб).
* Веко-платизменная (при зажмуривании сокращается подкожная мышца шеи).
* Веко-ушная (при зажмуривании поднимается ушная раковина).
* Губно-пальпебральная (сужение глазной щели при надувании щек, вытягивании губ в трубочку, во время еды).
* Лобно-губная (непроизвольное приподнимание уголка рта при наморщивании).
* Симптом «крокодиловых слез» (слезотечение из глаза на пораженной стороне при жевании или просто при движении нижней челюсти).

1. Рефлексы лица: надбровный, корнеальный, нижнечелюстной Бехтерева, феномены орального автоматизма.
2. Степени дисфункции лицевого нерва:

Легкая дисфункция. При этой форме нарушения проводимости нервной ткани наблюдаются такие симптомы, как умеренная слабость мимических мышц, возможность закрытия глаза на пораженной стороне глаза только после незначительного усилия, асимметрия лица, заметная только при улыбке, незначительные синкинезии.

Умеренная дисфункция. При этой степени поражения наблюдается явная асимметрия лица, заметны признаки синкенезии, в том числе небольшие спазмы, контрактура и т.д. Глаз можно полностью закрыть, но при этом невозможно приподнять бровь. При улыбке асимметрия лица заметна в значительной степени.

Средняя степень дисфункции. Асимметрия лица заметна даже в состоянии покоя. Имеются значительные сложности при закрытии глаза, причем глаз закрывается не полностью. Кроме того, имеется выраженная асимметрия рта даже в состоянии покоя, отмечается невозможность поднятия брови, явные спазмы и контрактура мышц.

Выраженная дисфункция. Двигательная активность на поврежденной стороне лица почти незаметны. Больной не может закрыть глаз и приподнять бровь. Кроме того, могут наблюдаться незначительные подергивания уголком губ на пораженной стороне лица.

Тотальная дисфункция. В этом случае наблюдается полное отсутствие мышечной активности. Больной не может закрыть глаз или поднять бровь. Явная асимметрия заметна отчетливо.

Положительным результатом в результате примененных методик массажа является состояние, когда выраженная дисфункция сменяется на среднюю степень дисфункции, средняя степень сменяется умеренной и умеренная сменяется легкой степенью дисфункции.

ИНТЕГРИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОАКУСТИКИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ РЕСУРС В КУРОРТНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Петренко С.Н.

**Детский центр восстановительной медицины и реабилитации №3 «Биосвязь», Санкт-Петербург**

Интегрированная сенсорная терапия (ИСТ) включает мультисенсорные стимулы и звуковые программы для улучшения функций головного мозга (ГМ), эмоциональной регуляции и обработки сенсорной информации. Правило обучения для сети нейронов опирается на исследования D. Hebb (1949), указавшего, что синаптическая связь, соединяющая два нейрона будет усиливаться, если в процессе обучения оба нейрона согласованно испытывают возбуждение либо торможение. При многократном пропускании стимула через нейронную сеть, последняя активируется.

Бинауральная нейроакустическая технология позволяет избирательно влиять на биоэлектрическую активность ГМ, улучшать показатели гомеостаза. Нормализуются индекс коагуляции крови, холестерин, насыщение крови кислородом, уровень сахара крови, сокращения миокарда и т.д. Эффект синхронизации полушарной активности ГМ позволяет отключаться от беспокоящих мыслей. Снижаются болевой рефлекс, мышечное напряжение, спазм сосудов, активизируется нейрохимическая активность ГМ.

Высокочастотная слуховая (аудио) терапия (СТВЧ, терапия с применением мигрирующей частотной волны в комбинации с фильтрованными звуками музыкальных инструментов) избирательно активирует процессы сенсорной интеграции ГМ. За счёт включения проприорецепторов при СТВЧ улучшаются навыки мелкой и крупной моторики, качество вестибулярного аппарата, активность слуховых и речевых центров.

Стимулы интегрированной звуковой терапии воздействуют на ретикулярную формацию, активируя блуждающий нерв. Акустический стимул стабилизирует симпатическую функцию блуждающего нерва, важную при таких патологических процессов как спастический колит, нейродермит, гастрит и др.

К примеру, у пациента с нестабильностью артериального давления (АД), спонтанной возбудимостью, трудностью запоминания, эмоциональной лабильностью, нарушением сна и быстрой утомляемостью была применена интегрированная методика с использованием программ: а) гипно-суггестивного контента с частотой 11-15Гц и смещением доминанты стресса, 50 мин/в день, днем; б) бинауральной нейроакустической технологии с частотой 11-15Гц, 30-40Гц, 7-10Гц, 30 мин/в день, утром и вечером. После 3-х недель ИСТ: оптимизация АД, улучшение сна, снижение стресс-готовности, контролируемое возбуждение, улучшение памяти и внимания, улучшения настроения и эмоционального контроля.

Программы ИСТ включают в себя слушание акустически обработанной музыки через специализированные наушники, акустическую подушку или внешние звуковые системы. Отдельные формы ИСТ сочетают в себе одновременное выполнение упражнений для вестибулярного аппарата, движений и визуальной деятельности. Сеансы могут совершаться в клинике и на дому с применением мобильных систем трансляции: ноутбука, планшетного компьютера, смартфона, плеера.

Среди направлений применения ИСТ: профилактическая и восстановительная терапия после инсультов; восстановительное лечение при черепно-мозговых травмах; терапия задержки речевого и психического развития, сенсорных нарушений слуха, дизартрии; коррекция депрессии, страхов и фобий, тревоги, неврозов, психосоматических нарушений (спастический колит), различных видов зависимостей, нейроциркуляторных расстройств ЦНС, ДЦП; лечение болезни Альцгеймера, Паркинсона, синдрома Дауна, ДЦП, СДВГ, аутизма.

ИСТ способна помочь студентам стать более восприимчивыми к образовательным программам, улучшает их работоспособность, приводит к повышению уверенности в себе и, в конечном счете, улучшению навыков социализации и общего поведения.

В заключении можно сделать вывод о высокой эффективности и больших ресурсных возможностях интегрированных методов нейроакустики в восстановительной терапии и реабилитации. Правильно выстроенная система непрерывной мульти-нейросенсорной активации определяет неизменно высокие позитивные результаты.

О НЕРЕШЕННЫХ ПРОБЛЕМАХ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

## Петрова Н.Г., Миннуллин Т.И.

## Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П.Павлова

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) - одна из наиболее тяжелых форм сосудистых поражений головного мозга. Распространенность данного заболевания в мире постоянно нарастает, так же, как и инвалидизация от него, в том числе среди лиц трудоспособного возраста, что определяет социально-экономическую значимость данного заболевания и актуальность проблемы реабилитации больных, перенесших его. При этом не вызывает сомнения тот факт, что, несмотря на тяжесть проявлений заболевания, реабилитационные мероприятия должны начинаться с первых дней (с отделений реабилитации или специализированных неврологических отделений). Большую и мало изученную в теоретико-методологическом плане роль в реабилитации данного контингента больных играет средний медицинский персонал.

Целью настоящего исследования являлось изучение характера и объема сестринских вмешательств у больных с ОНМК, лечившихся в специализированном неврологическом отделении.

Для проведения исследования была составлена специальная Карта, на которую заносились сведения о пациенте, а также вывяленные у него проблемы , требующие сестринских вмешательств и характер этих вмешательств. Соответствующие данные фиксировались на 1, 3, 7 день пребывания пациента в стационаре и при выписке. Общее число заполненных карт составило 50. Полученные данные были зашифрованы и обработаны с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6».

Проведенный анализ показал, что в среднем у пациентов с ОНМК в первые сутки их пребывания в стационаре было выявлено 6,3+0,3 проблемы (на одного обследованного), которые потребовали тех или иных сестринских вмешательств (к седьмым суткам пребывания среднее число проблем сократилось до 4,8+0,4). Основными проблемами являлись: наличие парезов и параличей (у 90 % пациентов в первые сутки госпитализации); дефицит самоухода (87,5%); болевой синдром (85 %); выраженные эмоциональные нарушения (67,5%); дизартрия и афазия (72,5% и 17,5% соответственно); длительное горизонтальное положение (57,5%); психические нарушения (22,5%); дисфагия (12,5%); пролежни (10 %).

Изучение характера сестринских вмешательств, направленных на решение перечисленных проблем) показало, что наиболее частым из них было проведение бесед с пациентами и их родственниками о заболевании, его течении и исходе. В первые сутки частота данного вмешательства составляла 97,5%, значительно снижаясь в последующем. Высока частота такого сестринского вмешательства, как оказание помощи в осуществлении личной гигиены. В первые сутки данная помощь осуществлялась в 90 % случаев, к концу недели – в 82,5%. Примерно с такой же частотой средний медицинский персонал занимался обучением родственников и пациентов приемам ухода и самоухода, элементам массажа и самомассажа и обучением в применении бандажей и компрессионного белья (87,5% и 85 % соответственно). Проблема длительного горизонтального положения больных с ОНМК сопряжена с такими видами сестринских вмешательств, как ранняя вертикализация (проводилась 60 % пациентов в первые сутки), смена подгузников (52,5%), частая смена положения тела больных (47,5%), занятия дыхательной гимнастикой (45 %) и использование противопролежневых матрацев (35,0%). В динамике частота этих вмешательств снизилась несущественно (р=0,065).

Почти половине (42,5%) пациентов требовалась сестринская помощь при кормлении (при отсутствии динамики данного показателя за период пребывания в стационаре). Такие сестринские вмешательства, как постановка назогастрального зонда и постоянного мочевого катетера, встречались в 1-ые сутки наблюдения с частотой 15 % и 7,5% соответственно. В динамике к концу недели показатели снижались, а в постановке постоянного мочевого катетера необходимость и вовсе исчезла. Обработка пролежней проводилась в 10 % случаев в первые сутки и в 12,5% - на седьмые. Такие сестринские вмешательства, как выполнение медикаментозных назначений лечащих врачей и вторичная профилактика заболевания, проводились постоянно всем пациентам.

Анализ существующей нормативно-правовой базы показал, что до настоящего времени отсутствует четкая классификация сестринских услуг. Это не позволяет не только в определенной мере стандартизировать технологии их оказания различным контингентам пациентов, но и должным образом структурировать рабочее время сестер разного профиля, оказывающим им помощь, а также определить экономическую составляющую сестринских услуг при формировании клинико-статистических групп. Решение указанных вопросов будет способствовать повышению эффективности сестринской помощи пациентам с ОНМК.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

## Позняков В.С.

## Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

Постоянные чрезмерные нагрузки в спорте высших достижений, частые микро- и макротравмы предъявляют повышенные требования к опорно-двигательному аппарату спортсменов и могут приводить к преждевременному развитию остеохондроза позвоночного столба. Нередко патология позвоночника сопровождается симптоматикой психологического и психосоматического характера, учитывая далеко не безграничные резервы нервной системы спортсменов.

Цель работы – разработка методики комплексной медицинской реабилитации спортсменов с остеохондрозом позвоночника. Разработка и совершенствование методики осуществлялись в течение 40 лет на кафедре спортивной медицины НГУ им. П.Ф. Лесгафта. Изучались мануальные и психологические методы реабилитации спортсменов с вертеброгенной патологией. Оценка эффективности различных воздействий и их сочетаний проводилась с помощью общеклинических, психологических, ортопедических методов. Отбирались наиболее эффективные мануальные и психологические методики медицинской реабилитации, позволяющие за минимальное время добиться максимального результата. Перед исследованием проводился тщательный отбор с целью предотвращения возможных осложнений.

Методика включает в себя следующие составляющие:

1. Лечебный массаж
2. Мануальная терапия
3. Аурикулярная рефлексотерапия
4. Психотерапия (суггестия, элементы аутогенной тренировки, разговорная психотерапия)

Лечебный массаж занимает по времени 30-40 минут. Массаж проводится не только проблемных зон, но и всей спины, т.к. при патологии одного отдела позвоночника в патологический процесс вовлекается весь позвоночный столб. При симптомах поражения конечностей следует производить массаж соответствующих зон. Помимо приемов лечебного классического массажа применяется точечный массаж точек акупунктуры и выявленных болевых точек. Используется сильный и средний тормозной варианты точечного массажа. После массажа проводится мануальная терапия - мобилизационные и манипуляционные техники. Заканчиваются мануальные воздействия аурикулотерапией. Можно проводить аурикулярную акупунктуру. При плохой переносимости пунктуры лучше заменить ее на аурикулярный массаж - дифференцированный и недифференцированный варианты. Воздействия иглами производятся в следующие точки на ушной раковине - АТ-25, 37, 38, 39, 40, 41, 42 при выраженной патологии позвоночника, и на точки АТ- 46,47,48,49,50,52,53,54,66,67,62,65,64 при вовлечении в патологический процесс суставов конечностей и нервных стволов. Применяется тормозный вариант аурикулотерапии. Воздействуют иглой на точку до 30 минут, берутся 5-7 точек, манипуляции подвергается только одна ушная раковина на процедуру.

После мануальных воздействий проводятся психологические воздействия с целью создания большей релаксации и решения психологических проблем. Применение мануальных воздействий перед гипнозом значительно повышает эффективность последнего. Разговорная психотерапия может осуществляться и во время проведения лечебного массажа.

Заканчивается комплексная процедура в большинстве случаев сном пациента в течение 20-30 минут. Сон после мануальных и психологических воздействий способствует еще большей нормализации психоэмоционального состояния спортсменов, потенцирует благотворные эффекты массажа и мануальной терапии.

Медицинская реабилитация по данной методике состоит из 5-7 процедур. С целью профилактики обострений остеохондроза рекомендуются профилактические курсы из 3-5 процедур дважды в году.

Методика комплексной медицинской реабилитации спортсменов с остеохондрозом позвоночника была внедрена в учебный процесс курсов спортивного массажа НГУ им. П.Ф. Лесгафта, изданы учебные пособия по отдельным разделам этой методики, сняты учебные видеофильмы.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

## Потапчук А.А., Евдокимова Т.А., Богданова М.Ю., Браеску М.Н.

## Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П.Павлова

Для лечения различных гематологических заболеваний проводится химиотерапия. Полинейропатии, представляющие собой множественное поражение периферических нервов, могут возникать в процессе лечения в ответ на введение химиотерапевтических препаратов в 34-39%% случаев, причем частота полинейропатий составляет 1-2% от общего числа пациентов.

Цель исследования - составление программы физической реабилитации пациентов c полинейропатией. Однако, имеет существенное значение то обстоятельство, что основными препятствиями являются жалобы на боли и резкое снижение силы (сократительной способности) скелетной мускулатуры. Традиционная методика лечебной гимнастики при полинейропатиях разработана достаточно давно и применяется с небольшими изменениями до последнего времени.

Материал и методы исследования.

Основными принципами лечения являются: наиболее раннее начало, придание больному соответствующих положений для предохранения контрактур и пролежней, сохранение объема движений в суставах, общее воздействие на организм пациента.

Однако, в процессе применения данной методики у больных с медикаментозной полинейропатией было выявлено, что она дает незначительный эффект из-за ухудшения общего состояния пациентов, нарушения координации движений, повседневной активности и признаков депрессии.

Неотъемлемым элементом реабилитации является высокая мотивация, доверие при проведении лечения, снижение уровня страха и депрессии, установление позитивных личных отношений, что было включено в занятия лечебной гимнастикой. Однако, главная задача – улучшение качества жизни пациентов, - требовала дополнительных воздействий на основные клинические проявления полинейропатий.

Результаты и выводы

Разработана методика лечебной гимнастики с применением современных способов реабилитации: кинезиотейпирования и упражнений с эластическими лентами и жгутами Thera-Band. Занятия лечебной гимнастикой по данной методике проведены у 37 больных в возрасте 19-42 года. Среди них наблюдались 28 мужчин и 9 женщин, курс занятий составил от 7 до 14 дней.

Применение вышеописанных технологий позволило включить в занятия изометрические тренировки пораженных мышц бедер и голеней. В наших исследованиях выявлено существенное улучшение показателей физической работоспособности у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Кинезотейпирование обладает широким спектром эффектов, в основе механизма которого лежит создание благоприятных условий для саногенетических процессов, реализующихся за счет нормализации микроциркуляции в соединительной ткани кожи и подкожной клетчатки, - в результате наблюдается уменьшение боли, восстановление активности мышц. Таким образом, использование современных методик лечебной гимнастики в системе физической реабилитации гематологических больных с полинейропатиями способствует снижению болевого синдрома и увеличению сократительной способности мускулатуры.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВИБРОАКУСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Романов Г.Н., Корсакова Е.А.

Региональный благотворительный фонд «Реабилитация ребенка. Центр Г.Н. Романова», Санкт-Петербург

Известно, что при детских церебральных параличах (ДЦП) поражение головного мозга вызывает компенсаторные реакции организма, приводящие к отставанию в развитии, патологическому мышечному напряжению, костным деформациям, нестабильности суставов, нарушению равновесия и координации. Вторичные скелетно-мышечные нарушения прогрессируют при взрослении ребенка.

Дифференцировка костной ткани и формирование опорно-двигательного аппарата невозможны без механических нагрузок. Общебиологический закон структурно-функциональной адаптации особенно ярко проявляется в жизнедеятельности костной ткани.

Костеобразование как одна из форм реакции костной ткани на воздействие внешней среды неотделимо от выполняемой костным органом нагрузки. Под нагрузкой подразумевают воздействие механических сил на ту или иную ткань или орган. Нагрузка может быть статической и динамической. Каждый костный орган в опорно-двигательной системе занимает особое место и выполняет определенную статическую и динамическую нагрузку. В связи с этим любому костному органу или любому его отделу присуща та или иная архитектоника, связанная с выполняемой функцией, и отражена в особенностях его макро- и микроструктуры. Нужно подчеркнуть, что костная структура – понятие динамическое, так как изменение нагрузки неизбежно влечет за собой изменение ее структуры. Вместе с тем необходимо помнить, что костный орган нельзя рассматривать лишь как чисто механическое образование. Его жизнедеятельность взаимосвязана с жизнью и функцией других органов и систем, всего организма. Однако именно нагрузка – ее величина, направление действия сил – важнейший фактор, способный влиять на кость, вызывать в ней реактивные изменения.

При этом рост костной ткани регулируется пьезоэлектрическим эффектом, зависящим от распределения механических напряжений. Это объясняет важность ранней вертикализации ребенка с правильным распределением нагрузочных опорных осевых и ортопедической коррекцией имеющихся костных деформаций.

При занятиях с детьми с повреждениями центральной и периферической нервной системы с учетом индивидуальности каждого мы обеспечиваем ребенку возможность самостоятельно сидеть, стоять, ходить. При этом нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) детей нередко сопровождаются асимметрией длины и объема костей различных сторон туловища. С целью коррекции нами применяется виброакустическое воздействие на костные структуры для вызова колебаний, которые за счет пьезоэлектрического эффекта способны стимулировать остеорепарацию.

В течение года у 283-х детей, находящихся на реабилитации, мы выявили разницу в длине нижних конечностей более 6 мм в 47 случаях (16,6%). Максимальная асимметрия составила 29 мм, средняя разница длины ног – 11,5 мм. Данным пациентам были проведены, в среднем, 55 виброакустических воздействий. В зависимости от исходной величины костной асимметрии разницы длины ног изменилась в среднем на 8 мм.

Полученные результаты свидетельствуют, что метод виброакустической остеорепарации оказывается эффективным при использовании у пациентов с детским церебральным параличом. При этом вертикализация ребенка, имеющего повреждения нервной системы с одновременной коррекцией имеющихся деформаций ОДА, является дополнительным позитивным стимулом и мотивирует ребенка, открывая ему новые возможности движений.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БАЛАНСА ПСИХОМОТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА И РЕЧИ

## Рубинский А.В.1, Носкин Л.В.2, Воробьева Т.В.3

## 1 ПСПбГМУ имени И.П. Павлова, 2 НИЦ «Курчатовский институт», ПИЯФ им. Б.П. Константинова, 3 ГБДОУ детский сад «Кудесница» компенсирующего вида Петроградского района Санкт-Петербурга

В настоящее время психомоторные аспекты исследования детей с речевой и слуховой патологией разработаны недостаточно. Несмотря на это, в практической деятельности врачей и специалистов-дефектологов исследование психомоторики детей с данной патологией обязательно и тестирование функциональных и регуляторных психофизиологических систем организма проводится путем экспертного заключения с проведением простейших тестов, например, скорости двигательной реакции для назначения и оценки эффективности реабилитационных мероприятий. Актуальную значимость эта проблема приобретает в связи с перспективой введения инклюзивного школьного обучения.

Целью настоящего исследования является анализ особенности психомоторики и выявление вторичной психомоторной симптоматики у детей дошкольного возраста с различными нарушениями слуха и речи.

Материалы и методы исследования.

Проведено обследование 69 воспитанников от 4 до 7 лет дошкольного образовательного учреждения компенсаторного вида в Санкт-Петербурге. У 52 из них было установлено общее нарушение речи от 1-ого до 4-ого уровней, а у 17 детей в различной степени выраженная тугоухость. В наших исследованиях использовано компьютеризированное устройство для экспресс-оценки психомоторной активности человека по двигательным тестам УПМД-01-«ИНТОКС» (РУ №РЗН – 2013/721), обеспечивающего количественные оценки функционального состояния двигательного анализатора. Исследовали параметры, характеризующие временные показатели движения – длительность цикла движения (ДЦД), время перестройки двигательных установок (ПЦУ), латентное время реакции на свет (ВРС); параметры, характеризующие «точностные» составляющие – ошибка коррекции флексии и экстензии (ОК), плавность движений (ПД); параметры, характеризующие усредненный баланс мышц антагонистов (ТЭФ). Обработку результатов психомоторных признаков проводили по стандартной программе параметрического корреляционного анализа (по Пирсону), после проверки гипотезы о нормальности выборочного распределения признаков.

Результаты. В нашем исследовании у детей с задержкой речевого развития и с различной степенью нарушения слуха наблюдалась сильная взаимная корреляция между временными показателям (ДЦД, ПЦУ, ВРС) и одним из «точностных» параметров – ПД. Абсолютные значения этих показателей у большинства обследованных детей со слуховыми и речевыми расстройствами, значительно отличались от аналогичных показателей нормологической популяции детей без нарушений развития.

Показатель ОК имел слабую корреляцию с временными показателями и ПД у детей с речевыми нарушениями, а у детей с нарушением слуха корреляция отсутствовала. Абсолютные значения этого показателя наиболее выражено отличались от аналогичных показателей нормологической популяции детей без нарушений развития. В отличие от показателя ОК, показатель ТЭФ имеет умеренную корреляционную связь с временными показателями и показателем ПД в группе детей с нарушением слуха, и, аналогично, временным показателям абсолютные показатели ТЭФ значительно отличались от аналогичных показателей нормологической популяции. В то время как показатель ТЭФ в группе детей с речевыми нарушениями, имел слабую корреляционную связь с остальными показателями и менее значительно отличался по абсолютным значениям от нормологической популяции.

Выводы: На основе описанных выше результатов, можно сделать вывод о сходных изменениях и компенсаторных механизмах двигательного анализатора у детей со слуховыми и речевыми нарушениями, связанными с увеличением временных на фоне снижении «точностных» показателей произвольного движения. Однако показатель баланса мышц-антагонитов отличается в группе детей со слуховыми нарушениями, что необходимо учитывать при проведении коррекционных мероприятий у данной категории детей.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЗОНАНСНОГО ТЕСТА В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Сазонова И.М.

Медицинский центр «ТраДиТ», Москва

Функциональная диагностика в спортивной медицине становится всё сложнее ввиду повышением уровня спортивных достижений и качественного изменения характера тренировочного процесса. Необходимость индивидуализации физической нагрузки ведёт к поиску новых проб и показателей.

Ключевым принципом резонансного теста (РТ) является биологический резонанс. Метод предполагает через воспроизводимую («здоровую») биологически активную точку (БАТ) уловить наличие или отсутствие резонанса в ответе организма с препаратами-указателями, находящимися в диагностических шкалах, и оценить состояние тестируемого.

При проведении РТ используют прибор фирмы «Имедис» и резонансные диагностические шкалы. Методика РТ позволяет определять: биологический возраст и адаптационные резервы организма; степени напряжённости и истощения иммунной и эндокринной систем; степень бактерицидности внутренних сред организма (сыворотка крови, ликвор и др.); наличие соединительно-тканной недостаточности и её степень; степени напряжённости и истощения вегетативной нервной системы; состояние метаболизма в организме и др.

Данное тестирование в динамике дает возможность: оценить состояние здоровья и уровень функционального здоровья спортсмена, что помогает врачу регулировать физическую нагрузку, предупреждать перегрузку; определить орган и систему, испытывающие максимальную нагрузку при спортивных занятиях; выявить патологию на раннем этапе; проводить коррекцию состояния спортсмена с целью сохранения здоровья и достижения высоких результатов, применяя свето- и магнитотерапию и др.; решать вопросы спортивного отбора.

Вопросы резервов адаптации, запасов адаптационных возможностей, количества адаптационной энергии, и возможностей их определения, являются важнейшими в интегративно-индивидуальной диагностике. Проводя измерения, мы получаем положительный ответ на определенной резонансной частоте ряда резервов адаптации. Это свидетельствует о наличии соответствующих резервов адаптации у человека в данный период времени, то есть исходных адаптационных резервов на момент измерения.

Применив специальный фильтрующий препарат, мы можем измерить конституциональные резервы, то есть уровень резервов на перспективу. Если он невысок, то это будет лимитировать расход адаптационных резервов. Этот показатель важен для определения перспективности спортсмена, его профориентации.

Представляется существенной оценка состояний эндокринной, иммунной и вегетативной нервной систем. При просмотре через резонансные диагностические шкалы степеней напряжённости и истощения эндокринных органов по отдельности получаем специфический гормональный профиль. Принципиально важна динамика этого гормонального профиля на фоне нагрузок и восстановительных мероприятий.

Так же можно оценить элементы иммунной системы и получить своеобразный иммунный статус, который в динамике очень показателен. Можно посмотреть не только состояние иммунитета в целом, но и местный иммунитет конкретного органа.

Прослеживается динамика метаболизма в разрезе анаболических и катаболических процессов, состояние вегетативной нервной системы. Через соотношение анаболических/катаболических процессов можно просмотреть и в динамике отследить состояние печени, поджелудочной железы, почек и др.

Таким образом, для успешной интерпретации показателей измерений по резонансным диагностическим шкалам необходимо органичное единение основательных знаний предмета тестирования, понимание происходящих процессов (чувство←→знание) и корректные математические методы обработки получаемых данных.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТУДЕНТОВ, ОСВОБОЖДЕННЫХ ОТ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

## Сивас Н.В.

## Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П.Павлова

Анализ состояния здоровья студентов ПСПбГМУ им. И.П. Павлова позволил выявить тенденции к значительному его ухудшению, в частности, число освобожденных за 5 лет увеличилось в два раза и составило 17,4% от числа занимающихся физической культурой в рамках учебной программы (1, 2 и 3 курсы).

Современный темп жизни, высокая конкуренция в выбранной профессии значительно усложняют процесс социализации человека – включения его в жизнь общества. Естественно, что индивид при этом будет испытывать вполне определенные физические нагрузки. Не менее высокие требования к физическому состоянию организма предъявляет обучение в современном высшем учебном заведении. Наивно полагать, что физическая нагрузка на занятиях физической культурой, организованных с учетом особенностей состояния здоровья занимающихся, превосходит уровень повседневной физической нагрузки, поэтому освобождение от занятий физической культурой на весь период обучения становится равноценным освобождению от движений вообще.

Как показывает исследование, проводимое в нашем Университете в течение последних 17 лет, освобожденные в Университете от практических занятий физической культурой, как правило, были освобождены и в школе. Причиной освобождения формально являлось освобождение по болезни, но зачастую (в 50% случаев) за этим стояло нежелание посещать занятия в связи с отсутствием гигиенических условий, конфликтом с преподавателем, неинтересным содержанием, необходимостью сдачи неадекватных подготовленности контрольных нормативов и т.п.

Учитывая специфику нашего Университета и профессиональную преемственность в семьях, необходимо отметить, что дети медиков значительно чаще других имеют освобождение от физической культуры, т.к. отношение медиков к физической культуре традиционно, в большинстве случаев, отрицательное.

С другой стороны, негативное отношение студенчества к ценностям физической культуры нельзя изменить жесткими мерами по обеспечению регулярности учебных занятий. Для устранения основных причин, порождающих деформированное отношение к физической культуре, необходимо, во-первых, возродить демократические традиции и идеалы физкультурного образования, во-вторых, освободить физическое воспитание от чрезмерной унификации и стандартизации и, в-третьих, обеспечить вариативность учебного процесса и повысить инновационную активность преподавателей.

Учитывая вышеизложенное, в ПСПбГМУ им. И. П. Павлова в учебные занятия по физической культуре введены следующие положения:

1. Разработаны критерии допуска к занятиям физической культурой в ВУЗе – откорректирован список заболеваний для распределения студентов по медицинским группам – основная, подготовительная, специальная, а также список заболеваний, требующих полного освобождения от занятий.
2. Отменено использование в образовательной практике теоретического зачета в качестве замены практических занятий физической культурой для освобожденных студентов.
3. Предложены средства и методы двигательной активности, адаптированные по нагрузке к студентам с ослабленным здоровьем.
4. Организованы группы лечебной физической культуры для студентов 1, 2 и 3 курсов, которым рекомендованы данные занятия в связи с хроническими заболеваниями или необходима реабилитация после перенесенных заболеваний.

Таким образом, для студентов, освобождённых от практических занятий были организованы занятия ЛФК. Занятия проводятся на базе поликлиники, специалистами ЛФК с учётом нозологии заболевания. Студентам помимо ЛФК назначались различные физические методы лечения. За десять лет опыта работы достигнуты положительные результаты в адаптации студентов к физическим нагрузкам, особенно у студентов с заболеваниями костно-мышечной системы, наиболее распространёнными в нашем регионе.

В результате комплексного воздействия на организм студентов, посещающих отделение ЛФК, не менее 30% студентов со следующего учебного года приступают к практическим занятиям на отделении специальной медицинской группы.

ЭТАПНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ВЕГЕТАТИВНЫМИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Соломкина Н.Ю.1, Гуркин Ю.А.2, Баласанян В.Г.2, Пикалева Е.Ю.2

1Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, **2**Детская клиническая больница №5 им. Н.Ф. Филатова, Санкт-Петербург

Нарушения менструальной функции и воспалительные заболевания у девушек подростков занимают ведущие места в структуре патологии репродуктивной системы в данной возрастной группе. Среди особенностей пациенток отмечается неблагоприятный антенатальный и перинатальный анамнез, дисгармоничное физическое и половое развитие, сопутствующая поливалентная экстрагенитальная патология, высокий инфекционный индекс, низкий уровень стрессоустойчивости, проблемы режимов питания, сна и бодрствования. Следовательно, существует необходимость разработки и внедрения в практическое здравоохранение систематически проводимых этапных мероприятий, включающих возможности медикаментозной и физической терапии.

Одним из эффективных направлений оказания медицинской помощи является физиотерапия. На первом этапе физиотерапия проводится в плановом порядке или после коррекции острых проявлений основной патологии. Целью плановых физиотерапевтических мероприятий являются антигипоксические и дренажные эффекты, оптимизация трофических процессов, вегетативного и иммунного статуса, нормализация ритмов сна и бодрствования, двигательных возможностей, эмоциональной сферы.

Для оптимизации метаболических процессов и менструальной функции применяют гальванизацию, низкочастотную электроимпульсную терапию, фотохромотерапию (ФХТ), биоакустическую коррекцию, постоянную и низкочастотную магнитотерапию, аэроионотерапию, водолечебные процедуры. Клиническая практика первого этапа показывает, что при аппаратной физиотерапии предпочтительны трансцеребральные и воротниковые методики, проводимые с учетом фазы сохраненного менструального цикла.

Среди методов особенно эффективны ФХТ с облучением вегетозависимых и иммунокомпетентных зон при использовании зеленой, синей или фиолетовой части спектра оптического диапазона, а также биоакустической коррекции, применяемой дважды в неделю и позволяющей стабилизировать вегетативные дисфункции, повысить стрессоустойчивость, значительно уменьшить выраженность менструальных болей и предменструального напряжения, нормализовать липидный обмен.

В проведении реабилитационных мероприятий значим этап санаторно-курортного лечения, проводимый с 1999 года в детском санатории – реабилитационном центре «Детские Дюны», с различными возможностями водо-, тепло- и грязелечения, незаменимым курортным фактором. В данных условиях консультативно-лечебную помощь детского и подросткового гинеколога-физиотерапевта получают все пациентки, направляемые врачами санатория (65%), детского гинекологического стационара (10-15%), амбулаторной сети (20-25%) и родителями. С 2001 года восстановительное лечение получили более 1530 девочек и девушек подростков.В процессе катамнестического наблюдения в течение 6 месяцев – 16 лет отмечено: длительное стабильное улучшение и выздоровление по гинекологической патологии у 72 %, кратковременное улучшение у 23 %, без перемен у 5 %, ухудшения состояния пациенток не выявлено. При этом в 2,5 раза улучшилось состояние соматического и вегетативного статуса пациенток. Эффективность проводимой этапной физиотерапии при коррекции патологии репродуктивной системы и сопутствующей патологии в основной группе оказалась в 2-2,5 раза выше, чем у пациенток контрольной группы.

Таким образом, этапная патогенетическая физиотерапия при лечении девочек и девушек подростков с гинекологической патологией и сопутствующими вегетативными и соматическими расстройствами дает положительные клинические результаты, улучшает качество репродуктивного и соматического здоровья и рекомендуется к внедрению в широкую клиническую практику.

**ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

Филатова Е.И.

Санкт-Петербургский городской клинический онкологический диспансер

В Санкт-Петербурге на учете у районных онкологов состоит 125000 онкологических пациентов. Ежегодно в нашем городе выявляется 18000 новых случаев онкологических заболеваний. Психологическая реакция у пациентов с онкологическими заболеваниями, когда они узнают свой диагноз, бывает диаметрально противоположной. Кто-то считает это приговором и готовится к худшему, кто-то, наоборот, настраивается на борьбу с тяжелым недугом и победу.

Борьба с болезнью будет эффективной, если незамедлительно обратиться в специализированное медицинское учреждение, обладающее всеми возможностями применения современных методов лечения рака: хирургией, химиотерапией и лучевой терапией, где в самом начале лечения профильная комиссия из высококвалифицированных специалистов определит индивидуальный план лечения и последовательность необходимых мероприятий. Кроме того, на каждом этапе врачи отделения будут заботиться не только об избавлении пациента от онкологического заболевания, но и о сохранении и улучшении качества его жизни.

На догоспитальном этапе, наряду с врачами поликлиники, в Городском клиническом онкологическом диспансере к работе с пациентом и его родственниками подключаются медицинские психологи. На базе поликлинического отделения создана медико- психологическая реабилитационная служба, где оказывается психологическая помощь онкологическим пациентам в виде индивидуального, семейного и группового консультирования. Индивидуальное консультирование поможет справиться с состоянием беспомощности и одиночества, которое обычно возникает после того, как человек узнаёт об онкологическом диагнозе. Во время консультирования появляется возможность отыскать в себе внутренние и внешние ресурсы для приобретения контроля над болезнью. Основная цель семейной терапии – снижение общесемейного эмоционального напряжения, адаптация семьи к ситуации болезни онкологического пациента. Медицинские психологи при необходимости сопровождают пациента и его родственников на всем протяжении лечения, а также после его окончания. Но не только они заботятся об улучшении переносимости больными таких тяжелых методов, как, например, химиолучевое лечение, в котором нуждаются до 70% онкологических пациентов.

Врачи радиотерапевтического отделения №2 постоянно стремятся к улучшению результатов лучевой терапии онкологических больных путем совершенствования методик облучения. Большое внимание в нашем отделении уделяется качеству жизни пациентов, а, следовательно, профилактике и лечению ранних лучевых реакций и поздних лучевых повреждений. Для достижения этой цели в отделении разработан и постоянно используется целый комплекс мероприятий сопроводительной терапии.

В течение последние 5 лет в отделении нашли широкое применение отечественные салфетки и гидрогелевые материалы «Колетекс», представляющие собой биоактивные полимеры природного происхождения с введенными в них лекарственными препаратами.

Пожилым, ослабленным больным со злокачественными новообразованиями женских половых органов, которым, в силу различных обстоятельств, проведение химиолучевого лечения с применением парентерально вводимых радиосенсибилизирующих цитостатиков невозможно, мы применяем салфетки «Колетекс» с 5-фторурацилом, обладающие цитостатическими свойствами и радиомодифицирующим эффектом, основанным на способности синхронизировать клеточный цикл. Преимущества аппликационного применения салфеток «Колетекс-5-фтур» заключаются в высокой концентрации препарата в опухолевой ткани, пролонгированным действием в течение 1-3 суток, простотой применения и отсутствием токсичности. Это позволяет использовать данную методику как при наружном, так и при контактном облучении.

При местном применении препарата была отмечена его высокая эффективность в лечении раннего лучевого эпителиита, что позволяло избежать перерывов при проведении сеансов брахитерапии. В течение года местную химиотерапию получают около 100 пациенток с плоскоклеточными опухолями женской половой сферы и анального канала.

С этими же целями используется «Колетекс» с метронидазолом, часто в чередовании с «Колетексом-5-фтур». Применение салфеток с метронидазолом обеспечивает местную транспортировку лекарства-радиомодификатора и выборочное воздействие на радиочувствительность опухолевых и нормальных клеток. Салфетки с метронидазолом, создавая высокую концентрацию препарата в опухоли, обладают выраженным радиосенсибилизирующим действием при полном отсутствии токсического эффекта. 80 % пациентов отделения включены в программу применения салфеток «Колетекс» с метронидазолом.

Широкое применение в отделении получили прекрасно зарекомендовавшие себя салфетки «Колетекс» с альгинатом натрия и димексидом, предназначенные для профилактики и лечения ранних лучевых реакций и поздних лучевых повреждений при проведении лучевой терапии злокачественных новообразований прямой кишки, предстательной железы, мочевого пузыря, опухолей головы и шеи и женских половых органов. Они используются нами в виде аппликаций при реакции со стороны кожи, а также вводятся в полости в виде микроклизм, инстилляций и полосканий.

За последние 5 лет в отделении получили лучевую терапию более чем 4000 пациентов со злокачественными новообразованиями различных локализаций, большей части которых рекомендовано применение салфеток и гелей «Колетекс» с альгинатом натрия и димексидом.

Нашли достойное место в нашей практике салфетки «Колетекс» с аминокапроновой кислотой. Простота применения, хорошая фиксация гемостатического препарата на ткани и образование кровяного сгустка имеет большое значение для быстрейшей остановки кровотечения.

Для инфицированных поверхностных опухолей и ранних лучевых эпидермитов мы широко используем салфетки «Колетекс» с прополисом, которые обладают прекрасными сорбционными и антибактериальными свойствами, а также способствуют активации процессов регенерации и эпителизации тканей.

Наиболее частым осложнением лучевой терапии рака молочной железы являются ранние сухие и влажные эпидермиты, доставляющие страдания пациенткам и приводящие к вынужденным перерывам в лечении. В течение последних лет при облучении этих опухолей на протяжении всего курса мы используем препарат «Колетекс» с мочевиной. Представляя собой гель для наружного применения и обладая выраженным противовоспалительным, антимикробным и ускоряющим репаративные процессы в коже действием, препарат позволяет проводить полный курс облучения даже пациенткам с высоким риском повреждения кожи при значительном объеме молочной железы и сопутствующем сахарном диабете.

Применение комплекса мероприятий сопутствующей терапии позволяет нам проводить курсы лучевой терапии даже при местно-распространенных опухолях у пациентов с выраженной сопутствующей патологией и обеспечивать им хорошее качество последующей жизни.

Еще одним важным фактором, способствующим улучшению качества жизни наших пациентов, является наличие в Городском клиническом онкологическом диспансере отделения восстановительного лечения. Основные направления работы отделения: профилактика и лечение послеоперационных осложнений, ликвидация осложнений радикального лечения (операций, лучевой и химио-гормонотерапии), лечение сопутствующих заболеваний, препятствующих проведению специального лечения в полном объеме. В составе отделения имеются физиотерапевтический кабинет с возможностями электролечения, светолечения, магнитотерапии, ингаляций, прессотерапии, массажный кабинет, кабинет лечебной физкультуры. Медицинский персонал отделения помогает пациентам с опухолями молочной железы, тела и шейки матки, гортани, кожи и других локализаций избавится от последствий лечения, таких как лучевой плексит, нарушения лимфооттока, боли в области послеоперационных рубцов, нарушения дыхания, тромбофлебиты, полинейропатии и др. и вернуться к нормальной полноценной жизни. Все это помогает нашим пациентам значительно улучшить качество жизни.

# РАЗВИТИЕ ФИЗИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ШКОЛЬНИКОВ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ КОНДУКТИВНОЙ ПЕДАГОГИКИ МОНТЕССОРИ

## Циглене Фаркаш Каталин /Czigléné Farkas Katalin, Институт гуманитарных наук имени Андраша Петё, Будапешт, Венгрия

Итальянский врач Мария Монтессори определяла понятие «синтез движения» как единство целенаправленных движений. Она была убеждена, что ребёнок стремится к совершенствованию своих действий путем «анализа движения». В каждом целенаправленном движении создаётся единство ряда отдельных движений, которые имеют свою собственную цель. Для правильного осуществления полного действия надо осознано выполнять отдельные движения друг за другом и связывать их между собой.

Мы ввели практику кондуктивной педагогики Монтессори, опираясь на ситуативные положения и движения, в институте имени А. Петё. Целью практики студентов в школе было создание представления, каким образом можно при помощи метода Монтессори обеспечить развитие движений у школьников. Игра связывалась с обучением движению, движение осуществлялось в рамках дидактической игры, где дети выполняли различные движения в игровых ситуациях. Причем, в игровых ситуациях принимали участие даже дети с нарушениями речи, которые общались только жестами и мимикой.

Игра по педагогическим принципам Монтессори - это «дидактическое средство», а игровая ситуация обозначала «дидактическое окружение».

Задачей практики было соблюдение трехстепенного обучения - ученик знакомился с предметом, упражнялся с ним несколько раз, а затем на уровне своих способностей применял его.

Занятия осуществлялись в рамках внешкольных занятий. Занятия обычно начинались в кругу с обсуждения индивидуальных кондуктивных целей. После этого проводилось, так называемое, упражнение «для тишины». В ходе упражнения передавали по кругу интересный предмет. Затем следовало представление нового предмета. Представляли игрушку, объясняли, как ее надо взять, использовать и каким образом можно проверить результат своей деятельности. Потом следовал процесс свободного выбора игры.

Развитие крупной и мелкой моторики учеников проявлялось в их взаимодействии с предметами при обучении таким понятиям и действиям с предметами, как - под, над, через, близко, далеко, низко, высоко, спереди, сзади и пр.

Во время занятий дети могли сидеть за столом или лежать на ковре, сидеть прямо или «по-турецки», как позволяет им их состояние. Продолжительность игры составляла 60 минут. Студенты заполняли анкеты, отмечали реакцию детей, их эмоциональное состояние, продолжительность игры и т.д. При прохождении практики в школе у студентов формировались необходимые профессиональные компетенции.

Монтессори была одой из тех «педагогов-реформаторов», которые осознавали, что движение играет очень важную роль в развитии личности детей. М.Монтесори и А.Петё - оба специалиста стремились к гармоничному развитию личности и указали альтернативный путь для детей, нуждающихся в специальном развитии.

# ИГРОВОЙ И СОРЕВНОВАТЕЛЬНЫЙ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

## Шадрин Д.И., Лутков В.Ф., Смирнов Г.И.

## Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

В последние годы неуклонно увеличивается и совершенствуется материально-техническое обеспечение занятий лечебной физической культурой (ЛФК). Использование разнообразных физических упражнений на этапах реабилитации способствуют снижению психоэмоционального напряжения и ускоренному восстановлению лиц имеющих отклонение в состоянии здоровья. Повышение интереса к физической культуре в первую очередь обусловлено заинтересованностью личности (мотивация), т.к. мотив является главной движущей силой. Игры вызывают активную работу центральной нервной системы, способствуют расширению кругозора, уточнению представлений об окружающем мире, совершенствованию психических процессов и др. В процессе игры тренируется внимание, память, координация и другие физические качества. Таким образом, занятия ЛФК с использованием современных средства игрового и соревновательного методов могут улучшить состояние здоровья лиц имеющих острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМГ).

В качестве примера приводим клинические данные пациента Н. 59 лет основной диагноз**:** Гипертоническая болезнь III ст. с глубоким правосторонним гемипарезом, тотальная афазия. Находилась на лечении с 12.04.15 по 28.05.15 во 2-м неврологическом отделении Елизаветинской больницы. Неврологический статус: сознание ясное, парез VII, XII п.ч.м.н. справа, правосторонний глубокий гемипарез, тотальная афазия, симптом Бабинского справа, индекс мобильности Ривермида - 2. Переведена в стабильном состоянии в ГБ № 40. Находилась с 28.05.15 по 07.07.15 в отделении медицинской реабилитации № 1. Неврологический статус: сознание ясное, парез VII п.ч.м.н. справа по центральному типу, тотальная афазия, правосторонний глубокий гемипарез, индекс мобильности Ривермида - 3. Для дальнейшего лечения больная переведена в Епархиальную благотворительную больницу им. Св. блаженной Ксении Петербургской. Рекомендовано: медикаментозная терапия, ЛФК, массаж, занятия с логопедом.

На данном этапе реабилитация неврологический статус Н.: сознание ясное, афазия, правосторонний гемипарез, индекс мобильности Ривермида – 7. Лечебная гимнастика проводились с августа по октябрь 2016 года, всего проведено 30 занятий по восстановительному двигательному режиму с использованием современных средств игрового и соревновательного методов (приложения для планшетов и мобильных устройств: игры для мелкой моторики. Игры использовались между специальной и общей физической нагрузкой в середине и в конце занятия.

Использовались следующие методы исследования: фиксировались артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС), определялся индекс Ривермида, проводился опрос, данные обрабатывались пакетом STATGRAPHICS Plus for Windows**.**

Данные исследований динамики АД и ЧСС у больной Н. в процессе комплексной реабилитации свидетельствуют об чёткой тенденции снижения систолического АД (САД) после занятий лечебной гимнастикой на здоровой стороне (недостоверно) и достоверно на стороне с гемипарезом, и сохранения диастолического АД (ДАД) в пределах нормы (таблица 1).

Таблица1.

Динамика показателей сердечно-сосудистой системы

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | САД/зд.р. | САД/бл.р. | ДАД/зд.р. | ДАД/бл.р. | ЧСС/зд.р. | ЧСС/бл.р. |
| до ЛГ | 126,8±7,5 | 135,0±7,2 | 82,6±9,4 | 89,6±4,9 | 89,7±3,7 | 89,1±5,5 |
| в середине ЛГ | 144,3±2,9 | 149,5±6,5 | 89,2±4,8 | 95,2±4,2 | 110,8±2,3 | 108,8±2,8 |
| после ЛГ | 121,8±9,8 | 130,6±6,4\* | 83,0±5,7 | 87,7±5,2 | 93,3±6,9 | 95,7±5,6\* |

Примечание: \* - P <0,05 t-критерии Стьюдента.

Индекс мобильности Ривермида в процессе реабилитации увеличился с 7 до 8. По данным опроса предложенные игровые методы получили положительную оценку и могут быть рекомендованы для использования в комплексной реабилитации лиц с ОНМГ.

Выводы. Занятия ЛФК с использованием современных средств игрового и соревновательного методов, эффективно влияют на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у лиц перенёсших ОНМК. Кроме того, занятия ЛФК по данной методике позволяют восстановить координационные характеристики здоровой руки (точность, скорость), восстанавливают логичность, последовательность в игровых действиях, переключают внимание с физической на интеллектуальную нагрузку, формируют повышение мотивации к занятиям.

**СПЕЛЕОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ И ОЗДОРОВЕНИИ ПАЦИЕНТОВ**

Шевчук Ю.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П.Павлова, Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА

Спелеотерапия (греч. speleon – пещера) – метод лечения с длительным пребыванием в условиях микроклимата естественных карстовых пещер и соляных копей, пройденных горных выработок металлических, соляных и калийных рудников. Основным действующим фактором метода является аэрозоль солей натрия, кальция, калия и магния, представленный на 80-90 % частицами величиной до 5 мкм, а также отрицательными аэроионами. Аэрозоль улучшает бронхиальную проходимость, нормализует мукоцилиарный клиренс и кровоток дыхательных путей, усиливает транспорт и потребление тканями кислорода.

Основными показаниями спелеотерапии являются оздоровление и лечение при бронхиальной астме, эмфиземе легких, аллергических заболеваниях дыхательных путей. Среди дополнительных показаний: неврастении, неврозы, синдром хронической усталости, заболевания кожи, в том числе с аллергическим компонентом, вегето-сосудистая дистония. Абсолютных противопоказаний к пребыванию в пещере нет.

Мировое признание в спелеотерапии имеет Венгрия, которая с 1969 года рассматривает данное воздействие как самостоятельный лечебный метод, а оценка учеными страны его эффективности и механизмов действия научно обосновала термин «лечебная пещера». Среди венгерских курортов хорошо известен Тапольца, расположенный на побережье озера Балатон. Природные карстовые пещеры – главная достопримечательность курорта, они имеют уникальный микроклимат, стабильную температуру и влажность, отличаются отсутствием пыли, бактерий и аллергенов. При этом они были обнаружены в 1902 г., но лишь спустя 80 лет стали использоваться в лечебных целях, когда стали известны особенности местной минеральной воды и воздуха и оценен их уникальный состав. Основные данные и биоклиматические условия лечебной пещеры в Тапольце: глубина – 15 м, площадь – 1210 м², объем – 3490 м³, температура – 14-16 °С, влажность – 95-99%, воздушное давление – 750-778 мм. рт. ст., О² – 21,5 – 21,8 vol%, СО² – 0,1 vol%, Са ²+ – 113,2 мг/л, Mg ²+ – 3,9 мг/л, Na + – 11,95 мг/л. Углекислота высокой концентрации раздражает центр дыхания и определяет глубокий вдох и выдох.

Курорт Тапольца подходит для оздоровления детей, особенно часто болеющих. В 2015-2016 годах обществом специалистов «Международное медицинское сотрудничество» были организованы 3-и группы часто болеющих детей и детей с бронхиальной астмой для оздоровления и лечения в сопровождении родителей на данном курорте. В программу пребывания включались пещерная терапия, купание в минеральной воде, оздоровительное питание, водная гимнастика, солнечные ванны, игры на свежем воздухе и т.д. Анализ результатов санаторно-курортного лечения детей показал высокую эффективность.

# К МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИМ ГРУППАМ

## Юрков И.В.

## Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова

В условиях реформирования медицинской реабилитации (МР) в Российской Федерации (РФ) оплата услуг по МР в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) является важнейшей мерой государственного регулирования организации оказания медицинской помощи (МП) данного профиля. В 2016 году в 55 субъектах РФ, в том числе в 13 субъектах РФ, участвующих в реализации пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в РФ», осуществляется отработка новой модели финансирования по клинико-статистическим группам (КСГ) – группам заболеваний, относящихся к одному профилю МП и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

Методическими рекомендациями по способам оплаты МП за счет средств ОМС, направленными совместным письмом Минздрава России № 11-9/10/2-7938, ФФОМС № 8089/21 от 24.12.2015, в федеральную модель оплаты по КСГ введена группа «Медицинская реабилитация» (КСГ №37), включающая 4 КСГ (№№300,301,302,304) для взрослого населения и 5 КСГ (№№303,305,306,307,308) для детей. Оплата МП по КСГ – оплата МП по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов. При этом базовая ставка – средний объем финансового обеспечения МП в расчете на одного пролеченного пациента; коэффициент затратоемкости – коэффициент затратоемкости КСГ заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке; поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня оказания МП, коэффициент сложности лечения пациентов.

Согласно рекомендациям лечение по профилю МР производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара (в том числе в реабилитационных отделениях поликлиник и санаторно-курортных организаций). Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по "Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)". При оценке mRS=3-4-5 пациент получает МР в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ, при mRS≤3 пациент получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара (в т.ч. в реабилитационных отделениях поликлиник и санаторно-курортных организаций).

При оплате МП, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 года № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам МП на 2016 год» установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ заболеваний. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг) по КСГ определяется по формуле:

ССксг = БС х КЗКСГ х ПК х КД, где:

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка, устанавливается тарифным соглашением субъекта РФ), руб.; КЗКСГ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной федеральный коэффициент, табл. 1); ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (региональный коэффициент); КД – коэффициент дифференциации (согласован постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий РФ в сфере ОМС»).

Таблица 1

Рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости (КЗксг) по КСГ для взрослого населения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  КСГ | Клинико-статистические группы (КСГ) | КЗксг |
| 300 | Медицинская нейрореабилитация | 3,00 |
| 301 | Медицинская кардиореабилитация | 1,50 |
| 302 | Медицинская реабилитация после перенесенных травм и операций на опорно-двигательной системе | 2,25 |
| 304 | Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях | 0,70 |

В целом, клинико-экономические результаты пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в РФ» как на федеральном, так и на региональных уровнях, должны способствовать оптимизации принимаемых управленческих решений по внедряемым технологиям финансирования МП по МР в рамках системы ОМС при всесторонней оценке эффективности ранее установленных на основе медико-экономических стандартов территорий тарифов, реальных затрат и эффективности лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинские услуги профиля МР.

**ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ «ПО-КУР» В ДЕТСКОМ САНАТОРИИ**

Юшков С.А.1, Сокольникова В.В.2, Николаев Е.Т.2, Груненкова Т.А.2

1НПО «Сибирские минеральные воды», Томск,

**2**Детский санаторий «Березка», Санкт-Петербург

Технологии использования минеральных вод и лечебных грязей традиционно ориентированы на применение в виде ванн и грязевых аппликаций. Вместе с тем, с 1991 года развивается направление использования природных факторов в виде медицинских изделий, содержащих минеральные воды в натуральном или преобразованном виде, получившее наименование – технология «ПО-КУР», с учетом названия водовмещающих отложений Западной Сибири, содержащих ценные в бальнеологическом отношении минеральные воды.

В течение 19 лет медицинские изделия «ПО-КУР»® успешно используются в детском санатории «Берёзка», а именно: 1) минеральные салфетки «По-кур» – при электрофорезе, аппликациях и компрессах в лечении заболеваний органов дыхания, ЛОР органов, желудочно-кишечного тракта (хронические гастриты и холециститы) и кожи; 2) «Кристаллы Легран» (с эвкалиптом, шалфеем, ромашкой) – для ингаляций; 3) минеральные композиции: гели, крема, крем-гели «По-кур» – при массаже и ультразвуковой терапии; 4) кристаллы с фитодобавками (лавр, чайное дерево, календула, ромашка) соли «По-кур» йодобромной – при гидро- и бальнеотерапии. Применение данных средств не вызывает аллергических реакций.

Технология «По-кур» использовалась для проведения фонофореза у больных с хроническими тонзиллитом и риносинуситом аллергическим ринитом. С данной ЛОР патологией в 2014 году пролечено 65 детей в возрасте 8-15 лет, 2015 – 78 чел. Положительный эффект установлен в 87% случаев, стойкая ремиссия позволяла повторять методику не более 2 раз в год.

В санатории проводится ингаляционная терапия «По-кур» при заболеваниях бронхолегочной системы у детей. Наиболее эффективным оказалось использование соли «По-кур» c бишофитом, вызывающее улучшение проходимости бронхиального дерева. Кристаллы соли «Легран» (эвкалипт, ромашка) оказывали общеукрепляющее действие. В 2014 году ингаляционная терапия с солями «По-кур» проводилась у 387 детей в возрасте 9-15 лет, 2015 – 393 чел. На курсе лечения выполнялось через день 10-12 процедур.

Электрофорез с прокладками-компрессами «По-кур» на грудную клетку в комбинации с массажем и применением крема и крем-геля «По-кур» у детей с бронхолегочной патологией дали улучшение в 89% случаев.

Соль «Легран» (масло «чайного дерева») применяли при атопическом дерматите в виде компресса, ванночки (10-15 минут, 8-12 процедур). В 2014 году методику применили у 16 детей, 2015 – 25 чел. Зуд и гиперемия кожи у детей уменьшались на 2-3 процедуре, а через 5-7 процедур жалобы на зуд пациенты уже не предъявляли, гиперемии не было.

Таким образом, опыт применения технологии «ПО-КУР» в условиях детского санатория «Берёзка» показывает ее эффективность.

1. Под функциональностью понимаем эффективные паттерны поведения человека [↑](#footnote-ref-1)