Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА» Минздрава России
(ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. ПАВЛОВА Минздрава России)

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Материалы
III научно-практической конференции
с международным участием

21-22 ноября 2017 г.

Санкт-Петербург
РИЦ ПСПбГМУ
2017

УДК 796
ББК 54.53
А43

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

Рецензенты:

Е.В. Мельникова - главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения РФ по Северо-Западному федеральному округу, д.м.н., профессор кафедры физических методов лечения и спортивной медицины ФПО ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова Минздрава России;

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

Актуальные вопросы медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры: материалы конференции. Санкт-Петербург, 21-22 ноября 2017 года/ федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
А43 университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации ; под ред. А.А. Потапчук, И.В. Юркова. – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2017. – 111 с.

ISBN 978-5-88999-469-5

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.

ISBN 978-5-88999-469-5

ДИНАМИКА ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Абдусаломова М.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает в настоящее время одно из ведущих мест в структуре детской инвалидности. Социальная значимость и важность этой проблемы достаточно велика. ДЦП не только вызывает задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха и зрения, но и ведет к двигательным нарушениям, так как является сложным заболеванием центральной нервной системы, что отрицательно сказывается на социальной адаптации больных ДЦП. На сегодняшний день существует большое количество методик восстановительного лечения больных с ДЦП. Но их эффективность не достаточна, так как не дает ожидаемой положительной динамики. Европейским консенсусом по лечению ДЦП уделяется первоочередное внимание методикам функциональной терапии: лечебной физкультуре (ЛФК), массажу, аппаратной кинезиотерапии, физиотерапии и др.

Цель исследования: оценить эффективность электростимуляции в комплексе лечебных мероприятий у больных с ДЦП.

Материал и методы исследования. Исследование проводилась на базе 1- клиники СамМИ. Под нашем наблюдением находились 30 больных детей с диплегической формой и 20 с гемипаретической формой ДЦП. Больные были разделены на 2 группы, пациенты 1-й группы (n=25) получали курс электростимуляции в комплексе базисной лечении и других немедикаментозных методов лечения (ЛФК, массаж, ортопедические укладки, парафиновые аппликации, иглорефлексотерапия), 2-й (n=25) – базисная лечения и немедикаментозные методы лечения без электростимуляции. Больному на фоне комплексного лечения ежедневно проводили электростимуляцию верхних и нижних конечностей (у детей с гемипаретической формой ДЦП) и только нижних конечностей (для детей со спастической формой ДЦП). Стимуляции подвергались следующие мышцы: двухглавые и трехглавые мышцы плеча, передние большеберцовые, четырехглавые, ягодичные мышцы. Для ДЦП диплегической формы были использованы импульсы с амплитудой 25-30мА, для гемипаретической формы 35-40 мА. Подача импульсов осуществлялись в двух частотных режимах: режим стимуляции и режим фиксированных

частот. Длительность процедур электростимуляции составляла по 20 минут, количество процедур – 10 на курс.

В ходе исследования проводилась оценка функции конечностей по клиническим показателям в динамике. До и после проведенного курса лечения оценивали двигательную сферу: степень тяжести клинических проявлений, уровень двигательной активности оценивали по шкале GMFCS, уровень спастичности и мышечного тонуса оценивали по шкале Ашфорта, мышечную силу по общепринятой 5-балльной шкале.

Результаты исследования. После проведенного курса лечения было определено значительное уменьшение степени осложнений клинических проявлений в 1-ой группе по сравнению со 2-ой группой. При проверке уровня двигательной активности пациентов до проведения лечения отмечались 2-я степень у 40 больных, 3-я степень у 10. После проведения электростимуляции у 75 % пациентов в 1-ой группе было отмечено повышение двигательной активности. До лечения у всех больных были констатированы спастичность и тонус мышц 2-ой степени, а после лечения у 80% пациентов в 1 группы выявлена 1+ степень. Показатели силы мыщц у пациентов 1- ой группы: увеличение силы в mm. biceps brachii dex. et sin. с 3,5 до 4,0 баллов, в mm. triceps brachii с 3,2 до 4,1 баллов, mm. quadriceps femoris dex. et sin с 3,0 до 4,0 баллов, в mm.tibialis anterior dex. et sin с 3,3 до 4,2 баллов по сравнению с результатами до и после лечения.

Выводы. Таким образом, использование методики электростимуляции в комплексной терапии у пациентов исследуемой группы положительно влияет на состояние нервно-мышечного аппарата. Отмечался прирост мышечной силы, уменьшение клинических признаков и спастичности, повышение двигательной активности.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦНС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОРАЗВИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Адулас Е.И.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Нейроразвивающая терапия (NDT, Бобат-терапия) разработана в 40-х годах XX века для лечения детей с ДЦП. Данная концепция подразумевает подавление патологических паттернов и рефлексов и облегчение физиологических движений с помощью различных тактильных и кинестетических стимулов. Основная цель терапии

согласно концепции Бобат – развитие постурального контроля и центральной стабильности у детей. Эффективность данной методики проверена эмпирическим путем многими исследователями и активно используется врачами по всему миру. Однако все опубликованные научные исследования касаются детей с ДЦП, у которых методика Бобат использовалась в комплексе с другой терапией.

Цель исследования: оценить эффективность нейроразвивающей терапии согласно концепции Бобат в качестве монотерапии у детей первого года жизни с перинатальной патологией ЦНС.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 10 пациентов от 6 до 12 месяцев с различной степенью задержки моторного развития, которым невролог поставил диагноз перинатальное повреждение ЦНС. 3 раза в неделю по 40 минут в течение 2 месяцев дети получали процедуры нейроразвивающей терапии. Занятия проводились врачом ЛФК по методике Бобат. В занятии использовались упражнения на формирование реакций равновесия, специальные приемы сенсорной стимуляции и воздействия на проприорецепцию, упражнения на нестабильной опоре. Методика предполагала обучение родителей приемам ухода и правильного позиционирования ребенка в течение дня согласно концепции Бобат. Для контроля была подобрана по методу копий-пар вторая группа детей со сходными нарушениями моторики, которым проводились традиционные массаж и ЛФК (2 курса по 10 процедур с перерывом в 1 месяц). В начале и конце курса лечения дети осматривались неврологом и врачом ЛФК. Оценка физического развития проводилась по стандартной методике, оценка психомоторного развития с использованием шкалы Infant Development Inventory of Harold Ireton. В соответствии со структурой данного опросника все признаки объединены в 5 групп, характеризующих основные показатели психомоторного развития: развитие общей и тонкой моторики, формирование социальных навыков, навыков самообслуживания, развитие речи. Для оценки спастичности использовалась методика Ashworth и шкала тонуса аддукторов. В период наблюдения дети не получали какое-либо другое лечение.

Результаты показали, что дети исследуемой группы быстрее получали навыки постурального контроля, чем дети в контрольной группе. Они раньше начали переворачиваться, ползать, садиться и вставать. В процессе лечения у детей из исследуемой группы отмечалось более быстрое становление общей, мелкой моторики и навыков самообслуживания. Менее заметное влияние занятия имели на речевую функцию и социальные навыки. Не было выявлено значимой разницы между группами в отношении выраженности спастичности.

Выводы. Результаты исследования показали большую эффективность данной методики у детей с перинатальной патологией ЦНС в отношении формирования общей, мелкой моторики и навыков самообслуживания по сравнению с традиционной лечебной физкультурой. Терапия согласно концепции Бобат может быть рекомендована к использованию в комплексной реабилитации детей первого года жизни с патологией ЦНС, однако следует отметить необходимость дальнейших более глубоких исследований ее эффективности.

ЛИМИТИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ, СНИЖАЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ВФСК ГТО ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С УЧЕТОМ СЕНСОРНЫХ, ДВИГАТЕЛЬНЫХ И МЕНТАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Аксенов А.В., Евсеев С.П., Евсеева О.Э., Ладыгина Е.Б.

НГУ им. П.Ф.Лесгафта, Санкт-Петербург

Проведенное сотрудниками НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург научное исследование на тему: «Научно-методическое сопровождение апробации нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов с учетом сенсорных, двигательных и ментальных нарушений», позволило обобщить и систематизировать опыт регионов страны в данной работе, обосновать целесообразность их внедрения в практику.

В процессе исследования по заданной теме:

а) проведен анализ литературных данных по проблеме Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов;

б) проведен анализ законодательных и нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность в данной сфере;

в) выявлены лимитирующие факторы, снижающие эффективность реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов с учетом сенсорных, двигательных и ментальных нарушений, которые в процессе исследования были разделены на три группы:

- социально-психологические факторы;
- медико-биологические факторы;
- материально – технические факторы;

г) разработано пособие «Современное состояние апробации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов с учетом сенсорных, двигательных и ментальных нарушений».

Для эффективной работы по выявлению лимитирующих факторов, снижающих эффективность реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов с учетом сенсорных, двигательных и ментальных нарушений, субъектам Российской Федерации были предложены научно обоснованные требования к уровню физической подготовленности инвалидов при выполнении нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для внедрения их в практику. В этом процессе, на первом этапе апробации нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов, приняли участие 13 субъектов Российской Федерации: Архангельская область, Владимирская область, Калужская область, Краснодарский край, Республика Саха (Якутия), Свердловская область, Смоленская область, Тамбовская область, Тульская область, Удмуртская республика, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Санкт-Петербург, Московская область и 5919 человек с инвалидностью. Из них:

- 1248 лиц с нарушением слуха;
- 896 человек с остаточным зрением;
- 237 тотально слепых;
- 2062 человек с нарушением интеллекта;
- 1476 человек с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Несмотря на выявленные лимитирующие факторы, тормозящие внедрение «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов, в регионах, внедряющих научно обоснованные требования к уровню физической подготовленности инвалидов при выполнении нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО), количество инвалидов, занимающихся физической культурой и спортом с целью повышения уровня физической подготовленности и для выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) увеличилось, о чем свидетельствуют 12 актов внедрения. Этот факт подтверждает актуальность проведенного исследования и необходимость научной разработки методики и программы, позволяющих повысить эффективность реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов. Что, в свою очередь, позволит повысить мотивацию у лиц с отклонениями в состоянии здоровья к занятиям физической культурой

и спортом и к сдаче нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Результаты, полученные в процессе апробации нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов показали целесообразность использования разработанных нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов: с поражением зрения, слуха, интеллекта и опорно-двигательного аппарата по разработанным методическим рекомендациям НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург в ходе проведения двух научно-исследовательских работ по Государственному контракту от 26.08.2015 года № 606 и Государственному контракту от 04.08.2016 года № 457 с Министерством спорта Российской Федерации и показала необходимость дальнейшей работы в данном направлении.

ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКЕ

Афанасьева В.В., Гулевич Л.П.,Турашева Ю.Н.

ПСПбГМУ имени акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург

В клинике ПСПбГМУ имени акад. И.П.Павлова проводится комплексная медицинская реабилитация, включающая физические методы лечения, лечебную гимнастику, массаж. Физиотерапевтическое лечение назначается врачом-физиотерапевтом и осуществляется как в кабинетах физиотерапии, так и в палатах при необходимости. Лечебная гимнастика проводится в форме индивидуальных занятий в палатах, в отделениях интенсивной терапии и групповых занятий в кабинетах ЛФК. По показаниям индивидуальные занятия ЛФК проводятся в виде процедур лечебной гимнастики, лечебной ходьбы, восхождений по лестнице, велоэргометрических тренировок, занятий на тренажерах, фитболах, стабиллоплатформе.

Помимо традиционных методов лечебной гимнастики, большое место в процессе реабилитации занимает нейроортопедическое лечение: применение специальных укладок и лечение положением, "сухое" вытяжение на тракционном столе, подбор различных фиксаторов, корсетов и воротников, обучение пациентов правильному их использованию. В отделении неврологии активно используется метод стабиллометрии, который дает дополнительные возможности для выявления функциональных нарушений при

заболеваниях позвоночника, нервной системы, вестибулярного и зрительного анализаторов.

У больных с различными двигательными нарушениями метод лечебной гимнастики дополняется применением точечного массажа, релаксационного массажа, методиками биологической обратной связи (БОС), постизометрической релаксации (ПИР) и элементами мануальной терапии. При восстановлении утраченных двигательных функций используются различные приспособления для ходьбы (ходунки, костыли, различные трости).

В реабилитации больных широко используются проблемно-ориентированный и пациенто - центрированный подходы. Цели и результаты лечения, ориентированы на требования международной классификации функционирования. В клинике неврологии для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) применяются методики эрготерапии и социальной адаптации. В клинике госпитальной терапии в клинической практике используются элементы методик Бутейко (I-й этап метода) и Стрельниковой, а также обучение контролю дыхания и волевому управлению дыхания.

Во время осмотра студентов при распределении их на медицинские группы наиболее частыми являются заболевания опорно-двигательного аппарата : дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, сколиозы, последствия травм верхних и нижних конечностей, плоскостопие, остеохондропатии. Большое количество студентов имеет миопию различной степени тяжести, а также заболевания органов дыхания, кровообращения, мочеполовой, эндокринной систем. Для данной категории студентов проводится диспансерное наблюдение в поликлинике университета и при необходимости курсы реабилитационной терапии.

Таким образом, комплексная реабилитация в клиниках университета улучшает качество жизни и функциональное состояние пациентов, уменьшает их пребывание в стационаре. Врачебно-педагогические наблюдения за студентами, занимающимися в специальных медицинских группах позволяют улучшить физическое состояние обучающихся, формируя их приверженность к здоровому образу жизни.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТБОРА ЮНЫХ ВОЛЕЙБОЛИСТОВ ОТ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ СПОРТСМЕНОВ

Багирова А.К., Усманходжаева А.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: выявить индивидуальные морфологические показатели юных волейболистов с целью отбора для занятий профессиональным спортом.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе Чирчикского колледжа Олимпийского резерва. В исследовании участвовало 26 волейболистов мужского пола в возрасте 13-14 лет. Во время исследования проводились: 1- анкетирование по карте спортсмена; 2 – измерение антропометрических показателей; 3- расчет пропорций тела.

Результаты: Отмечено, что при одинаковых показателях длины тела и конечностей встречаются разные варианты их соотношения. К первому варианту относятся спортсмены с длинным туловищем и бедрами и короткими голенями. Ко второму с коротким туловищем и голенями и длинными бедрами. К третьему с коротким туловищем и бедрами и длинными голенями. К четвертому с длинным туловищем и голенями и короткими бедрами.

Учитывая длину каждого сегмента, определили морфологическое соотношение, которое в среднем рассчитывалось в такой последовательности: длину тела делили на длину туловища, длину туловища на длину бедер, длину бедер на длину голени, длину голени на длину стоп, длину тела на длину рук, длину тела на длину плеч, длину плеч на длину предплечья, длину предплечья на длину кисти. Выявленная модель соотношения сегментов тела юных спортсменов равна: 2,6 – 1,7 – 1,1 – 1,8 – 2,5 – 5,7 – 1,2 – 1,3.

Необходимо отметить, что все спортсмены, представители четырех вариантов, имеют склонность к изменению своих морфологических показателей.

Заключение: Результаты анкетирования показали, что тренеры при отборе и составлении учебно-тренировочного процесса не учитывают морфофункциональные показатели, в частности, длину сегментов тела и их соотношение. В процессе педагогических исследований были выявлены разновидности индивидуальных морфологических особенностей. Анализ данных показал, что морфологические показатели юных волейболистов находятся в оптимальном соотношении и в некоторых случаях сильно взаимосвязаны, в связи с чем возникает необходимость постоянной и точной соматометрии юных спортсменов.

Выводы:

1. Определена модель функционального развития сегментов тела юных волейболистов чирчикского колледжа спортивного резерва.
2. При построении учебно-тренировочного процесса у всех спортсменов необходимо определить длину и функцию каждого сегмента тела.
3. Антропометрические измерения длины сегментов следует проводить по общепринятой методике, после чего рассчитывать их соотношение.
4. Определено, что уже с 15 летнего возраста можно рекомендовать проводить отбор юных волейболистов в профессиональный спорт с учетом соотношения продольных сегментов тела.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Бафоева З.О.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Республика Узбекистан

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

Цель исследования: определить эффективность разработанной программы комплексной реабилитации.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 80 детей с ДЦП в возрасте от 6 мес. до 12 лет, из них со спастической диплегией — 69,3%, с гемипаретической формой — 16,3%, с атонически-астатической формой — 9,2%, с гиперкинетической формой — 3,3%, с двойной гемиплегией — 1,9%. Основную группу составили 48 (59,9 %) детей, контрольную – 32 (40,1 %). Основная группа проходила 2 - 4 курса 3-недельного комплексного лечения в течение года. Дети контрольной группы лечились нерегулярно.

В комплексе реабилитационных мероприятий использовались физические (ЛФК), физиотерапевтические, медикаментозные методы лечения. Психолого-педагогическая реабилитация осуществлялась методами психологической и речевой коррекции, посредством сенсорной терапии, талассотерапии, музыкотерапии.

Оценка степени функциональной зависимости ребенка от окружающих осуществлялась посредством разработанного интегративного показателя коррекции (ИНК):

$$K_{И(Р)} = \frac{\sum_{j=1}^{j=5} (\sum_{i=1}^{i=n} B_i) \cdot b_j}{N \cdot n} \cdot 100,$$

где К - коэффициент (оценка) исходного состояния; $К_р$ - коэффициент (оценка) состояния ребенка после проведения реабилитационных мероприятий; N - количество детей; n - количество параметров наблюдений; В. - наличие параметра наблюдения (да - 1, нет - 0); i - номер параметра наблюдения; b. - оценочный балл; j - номер оценочного бала; (j = 1, b_1 = 0; j = 2, b_2 = 0,25; j = 3, b3 = 0,5; j = 4, b_4 = 0,75; j = 5, b_5 = 1).

Результаты исследования. Интегративный показатель коррекции (ИПК) двигательных нарушений среди детей всех возрастов основной группы составил 15,0 % против 1,9 % в контрольной, психических нарушений - 9,9 % против 5,9 %, нарушений психологического развития - 28,2 % против 7,8, речевых нарушений - 33,1 % против 14,5 %. ИПК детей, вошедших в основную группу, составил 21,6 %, что в 2,9 раза больше, чем в контрольной группе (7,5 %). Установлено, что реабилитационный потенциал детей с ДЦП обратно пропорционален их возрасту. Наиболее эффективно поддаются коррекции речевые нарушения. Коррекция психических нарушений наиболее сложна и имеет самый низкий коэффициент эффективности. Наиболее выраженная динамика отмечена в группах детей с ДЦП в форме спастического гемипареза и нижнего спастического парапареза, умеренная среди детей с гиперкинетической и атонически-астатической формами заболевания. Среди детей со спастическим тетрапарезом динамика низкая.

В результате проведения сравнительной характеристики уровня корреляции до и после выявлено усиление связи между двигательной активностью и речью (R = 0,78-0,84), речью и психическим состоянием (R = 0,79-0,87). Связь между двигательной сферой и уровнем психического развития детей значительно снижается (R = 0,97-0,29). Последний факт свидетельствует о том, что степень тяжести двигательного дефекта не является определяющим фактором в недоразвитии сенсорно-перцептивной деятельности. Дифференцированная в зависимости от возраста психолого-педагогическая реабилитация детей приводит к снижению зависимости психического развития от двигательных нарушений, что во многом определяет успешность социальной адаптации ребенка. Также установлено, что интегративный показатель коррекции детей, занимавшихся по разработанной программе, в 2,9 раза выше, чем у детей контрольной группы.

Вывод. Таким образом, выполненные исследования показали, что предложенные комплексные программы реабилитации детей с ДЦП, а также способ оценки функционального состояния и эффективности реабилитации детей с ДЦП психоневрологического профиля доказали свою практическую значимость и могут быть рекомендованы к использованию в реабилитационных учреждениях.

К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА У ПОДРОСТКОВ

Бортулёва О.В., Басков В.Е.

ФГБУ "Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И.Турнера" Минздрава России

Актуальность. При развитии дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава наиболее заметно изменяются показатели физического состояния больного вследствие нарушения биомеханики и опорно-двигательной системы в целом. Хирургические вмешательства позволяют восстановить внутрисуставные соотношения в тазобедренном суставе, но вместе с тем изменяются равнодействующие векторов сил пельво – трохантериальной и ишио – круральной групп мышц. По данным литературы восстановительный период после реконструкции тазобедренного сустава у подростков составляет от 6 до 12 месяцев.

Цель исследования. Оценить эффективность индивидуальной реабилитации у подростков после реконструктивно - пластических операций на тазобедренном суставе.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 40 (100%) подростков в возрасте от 12 до 17 лет. Всем пациентам проведено комплексное клиническое и рентгенологическое обследование. Пациенты были разделены на 3 группы: первая - 15 подростков (37,5%) которым была выполнена транспозиция вертлужной впадины после тройной остеотомии таза; вторая - 15 пациентов (37,5%) которым была выполнена транспозиция вертлужной впадины после тройной остеотомии таза в сочетании с корригирующей остеотомией бедра; третья - контрольная группа – 10 пациентов (25%) которым было проведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Выбор контрольной группы обусловлен быстрым периодом реабилитации, что объясняется отсутствием изменения вектора сил мышц области тазобедренного сустава.

Всем пациентам с 1-х суток послеоперационного периода проводилось комплексное индивидуальное восстановительное лечение – статико - динамические упражнения, механотерапия, физиотерапия. Вертикализация пациентов 1 и 2 группы осуществлялась на 14 сутки, контрольной - 3 группы - на 3 сутки после хирургического лечения.

Результаты. Результаты лечения в основой и контрольной группах оценивались клиническим методом (измерение амплитуды движений) на 18-20 сутки после хирургического лечения и составили: сгибание 90+/-5,3^0; отведение 15+/- 3,8^0; разгибание 10+/-3^0. Рентгенологически оценивалось восстановление анатомических соотношений после выполнения реконструктивных вмешательств и корректность положения тазового и бедренного компонента после тотального эндопротзирования.

Выводы. Индивидуальная реабилитация способствует достижению функционально значимой амплитуды движений в тазобедренном суставе на ранних сроках, что приводит к скорейшему восстановлению правильного стереотипа ходьбы, социализации пациента и значимо сокращает сроки лечения по сравнению с общеизвестными.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛОГОПЕДА

Бронников В.А., Надеева Н.М.

КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», г. Пермь

Международная классификация функционирования (МКФ) используется как инструмент в практической деятельности логопеда для более точного исследования речевых возможностей и способностей к общению пациентов. Благодаря уровневой оценке обследования по МКФ, можно увидеть клиническую картину и основной механизм речевого нарушения, оценить его психологическую структуру. Домен МКФ – это практический и значимый набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности. Цель: показать каким образом количественная и качественная оценка нарушений с помощью оценочных шкал в процентном отношении коррелирует с МКФ.

Оценка функции голоса и речи осуществляется с помощью «Шкалы Вассермана Л. И. для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными

поражениями мозга» (домены МКФ b168) и позволяет оценить степень выраженности афазии:

Степень выраженности афазии	Степень ограничения в %	Баллы «Шкалы Вассермана Л.И.»
0 нет проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные)	0-4%	0-10 баллов – речь в норме
1 легкие проблемы (незначительные, слабые)	0-24%	11- 20 баллов – афазия легкая степень выраженности
2 умеренные проблемы (средние, значимые)	25-49%	21- 30 баллов – афазия умеренной степени выраженности
3 тяжелые проблемы (высокие, интенсивные)	50-95%	31-40 баллов – афазия тяжелая степень выраженности
4 абсолютные проблемы (полные)	96-100%	свыше 41 баллов – афазия грубая степень выраженности

Функции голоса и речи оценивается при помощи «Шкалы оценки дизартрии» (домены МКФ b310, b320, b330, b340).

Степень выраженности дизартрии	Степень ограничения в %	Баллы шкалы дизартрии
0 нет проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные)	0-4%	0-5 баллов – речь в норме
1 легкие проблемы (незначительные, слабые)	0-24%	6-19 баллов – дизартрия легкой степени выраженности
2 умеренные проблемы (средние, значимые)	25-49%	20-39 баллов - дизартрия умеренной степени выраженности
3 тяжелые проблемы (высокие, интенсивные)	50-95%	40-56 баллов – дизартрия тяжелой степени выраженности
4 абсолютные проблемы (полные)	96-100%	56-76 баллов – анартрия

Функции, связанные с пищеварительной системой (b510, b569), оцениваются при помощи «Госпитальной шкалы оценки дисфагии».

Степень выраженности дисфагии	Степень ограничения в %	Баллы госпитальной шкалы дисфагии
1 легкие проблемы (незначительные, слабые)	0-24%	0-2 балла – дисфагии нет, диета без ограничений
2 умеренные проблемы (средние, значимые)	25-49%	2-7 балла – легкая дисфагия, диета с правильным позиционированием при питье
3 тяжелые проблемы	50-95%	7-10 балла – средне-легкая дисфагия, рекомендована диета с

(высокие, интенсивные)		ограничением («мягкая», кисель для основного питья)
4 абсолютные проблемы (полные)	96-100%	13-15 балла – тяжелая дисфагия, рекомендовано зондовое питание, тренировочное кормление пудингом, густым йогуртом во время реабилитационных мероприятий, рекомендуется фиброларингоскопическое исследование

Таким образом, результаты оценочных шкал коррелируют с МКФ. Практическое применение Международной классификации функционирования - краеугольный камень современной реабилитации. МКФ используется для установки реабилитационного диагноза, работа с каждым нарушением, отображенным доменом МКФ, должна приводить к повышению независимости, восстановлению функций и структур.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ОБРАЗОВАНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ КОМПЛЕКСНУЮ ОЦЕНКУ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Брянцева Е.В., Калишевич С.Ю.

ФГБОУ ВО «НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург», Санкт-Петербург

Для обеспечения процесса психологического сопровождения в рамках программ совершенствования образования и воспитания детей с ограниченными возможностями, предложено использовать методологию исследования, включающую комплексную оценку психологического состояния таких детей. Применение подобранных методов оценки позволит своевременно выявлять особенности личностных характеристик спортсменов-инвалидов, их адаптационных возможностей и, соответственно, обеспечивать своевременную коррекцию негативных состояний и профилактику поведенческих искажений посредством применения тренером практических рекомендаций.

В результате анализа научной литературы и данных, полученных в ходе предварительных исследований (изучение психологических характеристик школьников и юных спортсменов с помощью различных методов психодиагностики) были отобраны следующие методы:

- многоуровневый опросник «Адаптивность»;

- методика Келлермана-Плутчика, направленная на изучение психологических защит личности;

-методика «Изучение индивидуальных ценностных предпочтений» Ш.Шварца. Данная методика применяется для изучения ценностей, которые проявляются на двух уровнях: убеждений и поведения. Методика содержит в себе два списка ценностей: «Обзор ценностей» и «Профиль личности».

- методика «Потребность в поисках ощущений», разработанная М. Цукерманом. Опросник личностный предназначен для изучения склонности к риску, оценку уровня потребности личности в новых ощущениях различного рода.

Комплексное использование перечисленных методов и подходов позволит дать всеобъемлющую личностную характеристику юных спортсменов с различными нарушениями, выделить возможные факторы риска поведенческих искажений, определить воспитательный потенциал и позволит активизировать у спортсменов стремление к самопознанию, раскрытию резервов самосовершенствования.

Полученные результаты являются базовым материалом для эффективного построения образовательного и воспитательного процесса с лицами с ограниченными возможностями. Эта методология была апробирована и внедрена на факультете базовой подготовки Института адаптивной физической культуры НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, носит научно-прикладной характер и имеет положительный результат.

ЗНАЧЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ДИЕТЫ И РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Булина О.В., Тимченко В.В., Лисогуб Ю.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,

Стоматологическая клиника «Ле Дент»

Актуальность исследования обусловлена широким распространением кариеса у детей и подростков, развитие которого непосредственно связано с нерациональным питанием и нарушением минерализации эмали зубов. При несбалансированном питании непереносимости лактозы, заболеваниях желудочно-кишечного тракта регистрируется дефицит важнейших для организма веществ, в том числе, микроэлементов, что неблагоприятно сказывается на минерализации зубов растущего организма. Данный факт требует поиска комплексного подхода к проблеме улучшения резистентности эмали

зубов. Клинический опыт врачей доказывает, что важными факторами в реабилитации пациентов с кариесом зубов являются местная реминерализующая терапия и коррекция рациона питания.

Цель исследования. Объективно оценить связь характера питания и уровня поражения зубов кариесом у детей и подростков и повысить резистентность зубов к кариесу путем подбора рациональной диеты и проведения местной реминерализующей терапии зубов.

Материалы и методы исследования. Оценка рациона питания детей и подростков, выявление уровня интенсивности поражения зубов кариесом посредством индекса КПУ до и после коррекции питания и проведения местной реминерализующей терапии зубов.

На базе стоматологической клиники «Ле Дент» (ООО «Викон»), г. Санкт-Петербург, в период с 01.09.16 по 01.09.17 на амбулаторном лечении находилось 58 детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет с кариесом зубов и различными видами его осложнений (пульпит, периодонтит и др.).

У всех пациентов на первичном приеме была определена интенсивность поражения зубов кариесом посредством индекса КПУ+кп (сумма кариозных (К), запломбированных (П) и удаленных вследствие осложнений кариеса (У) постоянных зубов, а так же кариозных (к) и пломбированных (п) временных зубов). Специально разработанная анкета-опросник позволила оценить характер питания пациентов, на основании которого была предложена оптимальная диета, обогащенная белком, клетчаткой, с ограничением легко усвояемых углеводов. Всем пациентам после санации полости рта, снятия зубных отложений и комплексного кабинетного фторирования зубов была назначена местная реминерализующая терапия. Детям и подросткам с очень низким, низким и средним уровнями интенсивности кариеса были назначены курс терапии в виде аппликаций реминализующего препарата «R.O.C.S Medical Minerals» с помощью капп (ежедневно, по 30 минут, в течение 2 недель, 2 раза в год). Пациентам с высоким и очень высоким уровнями интенсивности кариеса был проведен курс реминерализации эмали зубов с использованием электрофореза 5% раствора глюконата кальция (10 процедур, ежедневно) с последующим применением геля «R.O.C.S Medical Minerals».

Через год у всех пациентов в динамике был определен индекс КПУ+кп, рассчитан прирост показателя интенсивности кариеса.

Результаты исследования. До коррекции питания и проведения реминерализующей терапии регистрировались следующие показатели интенсивности кариеса: у 3,4% обследованных – очень низкая, в 12% случаев – низкая, у 27,6%

пациентов – средняя, у 39,7% обследованных - высокая и в 17,3% случаях - очень высокая. Согласно анкетам-опросникам в рационе питания пациентов со средним, высоким и очень высоким уровнями интенсивности кариеса преобладали чрезмерно обработанные, рафинированные продукты, с большим содержанием углеводов, на фоне низкого потребления белковой пищи.

При повторном обследовании пациентов через год после корригирующих мероприятий прирост кариеса, в среднем, был равен 1,0; что значительно ниже средних эпидемиологических показателей по г. Санкт-Петербург. При этом не было зарегистрировано ни одного случая кариозного поражения постоянных зубов, прорезавшихся в течение диспансерного года. После реминерализующей терапии у пациентов с поверхностным кариесом в анамнезе объективно уменьшились размеры кариозных пятен.

Выводы. Рациональное, сбалансированное питание и комплексная реминерализация зубов значительно увеличивают резистентность эмали и препятствуют прогрессированию кариозного процесса, значительно снижают показатели прироста интенсивности заболевания, что особенно актуально для детей и подростков в период прорезывания временных и постоянных зубов, когда процесс минерализации эмали наиболее активен.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНОЙ ТРАКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ

Высогорцева О.Н.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан, Ташкент

Цель исследования: оценить эффективность тракционной терапии с применением реабилитационного оборудования для позвоночника Dr.Lax (Ю.Корея).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 90 больных с верифицированным диагнозом дорсопатии поясничного отдела позвоночника в возрасте от 28 до 60 лет, проходившие курс восстановительной терапии в отделении физиотерапии 1-й клиники Ташкентской медицинской академии. Мужчин – 56, женщин – 34. Среди больных у 78% диагностирован остеохондроз позвоночника, у 18% - центральная форма анкилозирующего спондилоартрита, у 4% - посттравматическая спондилопатия. Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 15 лет, при этом появление болевого синдрома в области L4-L5, L5-S1 от 10 дней до 2 месяцев отмечалось у 69,6% больных. Также в

клинической картине заболевания были зафиксированы компрессионно-корешковый синдром со снижением чувствительности, мышечной силы и сухожильных рефлексов по ходу иннервации у 37,2% больных, проекционные сегментарные боли, парестезии в виде ощущений онемения и ползания «мурашек» - у 63,8%, ограничения объема активных экскурсий позвоночника в поясничном отделе – у 92%. У всех пациентов было отмечено уменьшение значений пробы Шобера по сравнению с нормативными показателями (2,98±0,23 см против 5,83±0,19 см соответственно, $p<0,05$). По данным магнитно-резонансной томографии поясничного отдела позвоночника были выявлены неосложненные межпозвонковые грыжи в сегментах L4-L5, L5-S1 (0,5±0,13 см) у 32,6% больных и протрузии на тех же уровнях (0,42±0,09 см) – у 38,4%.

В зависимости от программы реабилитации больные были разделены на 2 группы (основную n=60 и контрольную n=30), сопоставимые по возрасту, полу и клиническим формам дорсопатии. Все больные получали медикаментозную терапию (лекарственные средства противовоспалительного, аналгезирующего, миорелаксирующего действия, витамины группы В) и посещали занятия лечебной гимнастики. В основной группе дополнительно больные получали процедуры аппаратной тракционной терапии на реабилитационном оборудовании для позвоночника Dr.Lax, представляющем собой устройство, предназначенное для обеспечения релаксационной терапии мышц и суставов с помощью вибрационного массажа, вытяжения и пассивных поворотов в различных отделах позвоночника. Процедуры проводились ежедневно, продолжительностью 15 минут, курс лечения составлял 10 процедур.

В качестве критерия эффективности проводимых реабилитационных мероприятий была использована разработанная оценочная шкала, включавшая 8 пунктов, отражавших степень выраженности симптомов вертебро-неврологического синдрома (боль в спине, симптомы натяжения, дефанс мышц спины, парестезии в конечностях, иррадиация боли, усиление болевого синдрома при ходьбе, снижение поверхностной чувствительности, рефлексы).

Результаты. По окончании реабилитационного курса у всех пациентов было зафиксировано увеличение объема движений в пораженном отделе позвоночника. Однако в основной группе положительная динамика пробы Шобера была отмечена уже после первых процедур лечения. Так, объем движений увеличился с 2,98±0,23 см до 5,56±0,27 см к концу цикла терапии ($p<0,05$) в основной группе, и с 3,12±0,16 см до 5,11±0,14 см соответственно в группе сравнения ($p<0,05$).

До лечения достоверной разницы между основной и контрольной группами по показателям оценочной шкалы ВНС не отмечалось. После проведенного лечения на 10

день терапии в первой группе было отмечено уменьшение парестезий в конечностях у 70,2% больных, в то время как во второй – только у 33,3% ($p<0,05$), уменьшение болевого синдрома у 91,1% и 66,7% соответственно ($p<0,05$). Уменьшение болевого синдрома при ходьбе было зарегистрировано у 98,2% больных основной и 67,3% контрольной группы ($p<0,05$). Дефанс мышц уменьшился у 83,2% в основной группе и 72,4% контрольной ($p<0,05$).

Регрессирование динамических расстройств по группам было следующим: объем экскурсий позвоночника восстановился у 67% больных 1-й группы, у 42% - второй. Клиническая эффективность аппаратной тракционной терапии при рефлекторно-компрессионных проявлениях дорсопатий поясничного отдела позвоночника составила по завершении лечебного курса 82,6%, тогда как в группе сравнения – только 59,2%. При проспективном наблюдении в течение года выяснилось, что в основной группе период ремиссии сохранялся в течение 7,8±0,6 месяца, тогда как в группе сравнения – 4,3±0,8 месяца ($p<0,05$).

Вывод. Таким образом, применение аппаратной тракционной терапии у больных с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника оказывает многофакторное воздействие, приводящее к снижению функциональной перегрузки позвоночника, уменьшению компрессии сосудисто-нервного пучка, способствует миорелаксирующему, болеутоляющему эффектам, увеличению объема движений в позвоночнике, пролонгирует клиническую ремиссию.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Григорьева В.Н.

КДЦ № 85, Санкт-Петербург

Введение. В последние годы отмечается рост заболеваемости среди взрослого населения сердечно-сосудистой системы. Так как одним из факторов, способствующим развитию заболеваний сердечно-сосудистой системы является гиподинамия, то соответственно наиболее эффективный способ повышения двигательной активности – это включение в программу медицинской реабилитации больных доступных физических нагрузок. Наиболее эффективными физическими упражнениями, способствующими улучшению деятельности сердца являются аэробные нагрузки - ходьба, бег, плавание,

ходьба на лыжах. В последние годы на санаторном этапе 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, преимущественно занятия проводятся на свежем воздухе.

Цель работы – научное обоснование использования скандинавской ходьбы на состояние здоровья пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Проведены динамические наблюдения за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (стенокардия, гипертоническая болезнь, состояния после перенесенного инфаркта миокарда и реваскуляризации, АКШ, замена клапанов сердца, заболевания сосудов нижних конечностей) на санаторном этапе медицинской реабилитации. Работа проводилась на базе кардиологического санатория «Черная речка» на протяжении 2016-2017 годов. Обследовано 120 женщин в возрасте от 60 до 70 лет. К занятиям кардиологом допускались лица с учетом жалоб, самочувствия, клиники и тяжести заболевания, сроков перенесенного инфаркта миокарда или оперативного вмешательства.

Результаты наблюдений свидетельствовали о том, что первоначально необходимо было подготовить пациентов как теоретически, так и практически для освоения ими новой формы двигательной активности, а именно: скандинавской ходьбы. Отличие ее от прогулочной ходьбы заключается в том, что в работу включается в 2 раза большее количество мышц (до 90%), соответственно в большей степени усиливается кровоток как в мышцах, так и в коронарных сосудах, развивается сеть капилляров, активизируется обмен веществ, снижается холестерин и уровень сахара в крови, замедляется развитие атеросклероза, повышается физическая работоспособность, уменьшается число рецидивов и осложнений различных заболеваний.

Увеличение двигательной активности с помощью палок стимулирует деятельность всех систем организма, улучшается осанка, снижается нагрузка на суставы нижних конечностей и позвоночника. Усиление обменных процессов при физических нагрузках приводит к снижению массы тела, а также отмечается увеличение выработки инсулина, приводящее к снижению уровня глюкозы в крови, особенно это касается больных сахарным диабетом, который достаточно часто является сопутствующей патологией у больных страдающих патологией сердечно-сосудистой системы.

В результате занятий скандинавской ходьбой, наряду с климатотерапией, у больных отмечалось положительное влияние на психическую сферу (повышение настроения, отвлечение от болезни, купирование спазма сосудов, стабилизация

артериального давления). Для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы особое внимание уделялось разминке с использованием общеразвивающих и дыхательных упражнений, а также специальных упражнений с палками. В основной части занятия применяется скандинавская ходьба по пересеченной местности в течение 15-20 минут в зависимости от состояния больного. Для людей, начинающих заниматься, важно обучение правильной технике ходьбы с палками под руководством тренера по скандинавской ходьбе. В заключительную часть включались дыхательные упражнения, растягивание основных мышечных групп, увеличение подвижности в суставах конечностей и позвоночника, в связи с чем постепенно восстанавливались частота сердечных сокращений, дыхания и уровня артериального давления. Для получения тренирующего эффекта необходимо заниматься 3-4 раза в неделю с общей продолжительностью от 30 до 40 минут под контролем пульса (в покое, во время и после занятия) для оценки реакции организма на физическую нагрузку.

Выводы. Скандинавскую ходьбу можно рекомендовать пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на санаторном этапе медицинской реабилитации. Максимальный результат от занятий будет только при регулярных тренировках, качественном снаряжении и под контролем врача или педагога, которые помогут овладеть правильной техникой ходьбы с палками и разработать индивидуальную программу физической реабилитации с целью улучшения состояния здоровья и повышения толерантности к физическим нагрузкам.

ФИТОПРЕПАРАТЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Делиева А.Н.

АНО ДПО «Учебный центр «Интегративные технологии», Санкт-Петербург

Актуальность темы: На сегодняшний день вирусные инфекции являются ведущей причиной заболеваемости во всем мире. Установлено, что к наиболее распространенным возбудителям относятся: риновирусы, вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), коронавирусы, и аденовирусы. Все актуальнее обсуждается роль атипичных патогенов (Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae) в этиологии не только инфекций нижних дыхательных путей (внебольничная пневмония), но и инфекций верхних дыхательных путей и острого бронхита. Прием противовирусных препаратов с целью терапии или профилактики сопряжен с повышенным токсическим влиянием на организм пациента в целом на фоне неубедительной клинической

эффективности. Большинство таких препаратов противопоказаны детям, беременным и лицам старше 65 лет. Следует отметить, что бесконтрольный прием антибиотиков среди населения привел к формированию стойкой резистентности к препаратам, прежде всего пенициллинового ряда и макролидов. В силу этих причин, сохраняется высокий процент как заболеваемости, так и частоты осложнений. Возможности современной натуропатической медицины позволяют весьма эффективно лечить и осуществлять профилактику инфекций верхних дыхательных путей.

Препараты компании «Эрнобили» производятся более 20 лет. В лаборатории, утвержденной и зарегистрированной в министерстве здравоохранения Италии, создана производственная цепь изготовления натуральных лекарственных препаратов, эффективность которых усилена современными экстрактными методиками, позволяющими наилучшим образом повышать биоактивность тщательно отобранного растительного исходного материала. Растения подвергаются периоду тонкой мацерации под воздействием солнечного и лунного света, определенной влажности и оптимальной температуры для экстракции спагиристических тинктур. При такой обработке достигается сбалансированная экстракция активных веществ растения, которые и составляют сущность препаратов-спагириков.

При лечении ОРВИ в острый период оптимально назначение препарата *Инфиавин* по 1 таблетке 3 раза в день через 30 мин после еды. В состав *Инфиавина* входят: сухой экстракт корня лютика полевого, индийских благовоний, коры белой ивы, спиретрума девичьего, селен. Препарат воздействует на слизистые оболочки носовых ходов, лимфоидное кольцо и бронхи, обладая выраженным противовоспалительным, дренажным, противовирусным действием, а также жаропонижающим эффектом. При выраженной местной симптоматике (острый ларингофарингит, тонзиллит) терапия дополняется ингалятором *Пропгола*. Основные активные компоненты препарата: гидроалкогольный экстракт прополиса 30%, гулявник лекарственный, мед, эфирные масла чайного дерева, эвкалипта, витамин С обуславливают противовирусную и противовоспалительную активность. Также, по результатам клинических и лабораторных исследований (Микробиологическая лаборатория Департамента Фармации в Корато, Италия 2016г.) для препарата *Пропгола* доказана высокая бактериостатическая активность в отношении Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii и для Candida albicans, что позволяет назначать данное средство при местных бактериальных и грибковых осложнениях ОРВИ. На 3-4 сутки от дебюта заболевания, также при подозрении на бактериальную природу воспаления или осложнении течения, при обострении хронического тонзиллита и синусита, в схему терапии рекомендовано

включать *Инфлувин* (капли для приема внутрь). Препарат показал высокую активность в отношении Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis, Bacillus subtilis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae и Candida albicans. *Инфлувин* принимается по 20-40 капель в 50 мл воды до 3 раза в сутки в течение 2 недель от дебюта заболевания. Прием препарата можно продолжить до 1 месяца, в случае тяжелого осложненного течения ОРВИ или наличии сопутствующих иммуносупрессорных факторов (тяжелая соматическая патология, сахарный диабет, курение). Высокая антимикотическая активность *Инфлувина* позволяет уменьшить риск развития микозов на фоне приема антибиотиков.

Для профилактики ОРВИ и реабилитации после перенесенного ОРВИ разработано применение препарата *Иммунвин*. Препарат содержит водно-спиртовые экстракты корня эхинацеи, сухой экстракт гриба грифола, бетаин безводный, витамин В 12, витамин С, фолаты, витамин Е, цинка глюконат. *Иммунвин* назначается по 20-40 капель в небольшом количестве воды дважды в день в течение 1 месяца.

Спагирики можно отнести к новому поколению фитопрепаратов, приготовленных по старинной рецептуре с использованием современных технологий, их можно применять в качестве самостоятельного лечения, так и в комбинации со стандартной терапией.

ВОЗМОЖНОСТИ НАТУРОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Долинина Л.Ю.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, кафедра физиотерапии и медицинской реабилитации

По уставу Всемирной организации здравоохранения, «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Здоровье также рассматривают как нормальную функцию организма на всех уровнях его организации, нормальный ход биологических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству. С точки зрения натуротерапии, к которым относится и геммотерапия (фитоэмбриотерапия), здоровье - это динамическое равновесие организма на ментальном, системном, органном, клеточном уровнях и его функционирование с окружающей средой. Динамическое равновесие возможно только при способности организма к физиологической дезинтоксикации.

Дезинтоксикация представляет собой один из важнейших механизмов химической резистентности. Это комплекс биофизических и биохимических реакций организма, направленных на сохранение гомеостаза, который обеспечивается совместной работой нервной и иммунной систем, детоксикационной системы печени, а также экскреторных органов – почек, кишечника, легких, кожи. При несостоятельности органов, отвечающих за дезинтоксикацию, токсин любого генеза распространяется в организме, включается в метаболические процессы и накапливается, тем самым снижая возможность адаптации и саморегуляции организма, вызывая и усугубляя хронические заболевания.

Геммотерапевтическая детоксикация основана на поддержке и мягкой функциональной коррекции физиологических систем и органов, отвечающих за метаболизм и выведение эндогенных и экзогенных токсинов.

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

С детоксикационной целью в рамках реабилитации хронических больных наиболее востребована ниже представленная геммотерапевтическая схема: 1. Экстракт из почек Смородины черной (общее дренажное, противовоспалительное и иммуномодулирующее действие), 2 мл в небольшом количестве воды за 30 минут до завтрака.

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

2. Экстракт из корня Ржи (гепато- и дермопротектор), 2 мл в небольшом количестве воды за 30 минут до ужина, у пациентов с ожирением Экстракт из ростков Оливы (регуляция жирового и углеводного обмена), 2 мл в небольшом количестве воды за 30 минут до ужина.

Длительность курса обычно составляет от 1 до 3 месяцев.

Эффективность дезинтоксикации с применением геммоэкстрактов повышается при проведении ее в самом начале реабилитации и при повторных курсах в течение года. Возможно ее сочетание с аллопатической терапией, физиотерапией, лечебной физкультурой, с конституциональным гомеопатическим лечением.

ПРОГРАММА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Дрожжина Л.А.[1], Сницаренко А.С.[2], Павлова М.Е.[1]

[1] ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, [2]*Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И.Турнера, Санкт-Петербург*

Многолетний мониторинг учащихся со сколиотической болезнью в динамике показал различную оценку их физического развития. Они имели ограничение двигательной активности, задержку в развитии целого ряда двигательных навыков и умений. При прогрессировании сколиотической деформации разница в физическом развитии у пациентов одного и того же возраста ухудшалась. Эти учащиеся в течение нескольких лет освобождались от уроков физического воспитания, а до занятий лечебной физкультурой (ЛФК) в поликлинике практически не доходили.

Подобные пациенты имеют сниженную толерантность к физической нагрузке, у них отсутствует навык правильной осанки, ослаблен мышечный корсет, недостаточно развиты координационные способности и равновесие.

С этой целью нами разработана и в течение многих лет реализуется комплексная, дифференцированная программа физической реабилитации. Программа составлена с учетом возрастных, анатомо - физиологических особенностей ребенка и степени тяжести сколиотической болезни.

В наблюдаемую группу входило 50 пациентов со сколиотической болезнью I-II и III ст. на фоне соединительно-тканной дисплазии и дисплазии пояснично-крестцового отдела. Из них 30 человек получали стандартную реабилитацию без применения корсетов и 20 человек применяли корсет Шено в сочетании с методикой К.Шрот. Возраст пациентов составил от 12 до 18 лет.

Методы исследования: антропометрические, клинико-рентгенологические, электромиографические, функциональные (оценка силовой выносливости мышц спины и живота).

Программа по лечебной гимнастике разрабатывалась индивидуально согласно локализации основной дуги сколиоза. Основными задачами программы было формирование мышечного корсета, силовой выносливости мышц спины и живота и стабилизация деформации, которые решались поэтапно.

Первая серия упражнений была направлена на формирование стереотипа правильного дыхания и осанки, которые корригировались у зеркала.

Вторая серия упражнений была направлена на выработку сократительной способности мышц с постепенным обучением асимметричным корригирующим упражнениям. На этом этапе обучения комплекс упражнений подбирался для каждого пациента индивидуально с увеличением количества повторений и сложности выполнения. Для увеличения силовой выносливости отдельных мышечных групп использовались упражнения в изометрическом режиме с увеличивающейся экспозицией от 3 до 10 сек. (в зависимости от возраста).

Третья серия – это обучение и использование деторсионных упражнений при сколиотической болезни II - III ст. Отдельные занятия с целевым назначением проводились с применением фитболов, эластичных лент Thera-Band, утяжелителей. В занятиях использовались элементы аэробики, подвижные игры, направленные на формирование правильной осанки.

Особую группу наблюдаемых составляли пациенты, снабженные корсетом Шено. Им дополнительно проводилась дыхательная гимнастика по методике К.Шрот, целью которой было восстановление дыхательных движений, при этом деротационные и корригирующие дыхательные упражнения целенаправленно воздействовали на грудную клетку.

В комплексную программу физической реабилитации для обеих групп наблюдаемых включался дифференцированный классический массаж, вакуумный массаж, процедуры физиотерапии: электростимуляция, магнитолазеротерапия, грязевые аппликации, электрофорез с лекарственными препаратами по показаниям, фонофорез карипаина, а также иглорефлексотерапия.

Заключение. Применение предложенной программы физической реабилитации способствует выработке стереотипа правильной осанки и дыхания, формирует силовую выносливость мышечного корсета, стабилизирует сколиотическую деформацию. Особенная эффективность отмечена при использовании корсета Шено в сочетании с методикой К.Шрот. Реализация программы способствует выработке принципов формирования здорового образа жизни и социальной адаптации в школьной среде.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Евдокимова Т.А., Черныш Н.В., Богданова М.Ю.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург,

кафедра медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры

Целью настоящего исследования стал анализ качества жизни (КЖ) больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), участвовавших в программах физической реабилитации различной продолжительности.

Материал и методы исследования. Обследовано 193 больных. В группу 1 вошли 92 пациента (51 мужчина и 41 женщина) в возрасте 61±1 год с ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) 2-3 степени и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (NYHA II:III - 54%:46% случаев, соответственно), фракцией выброса левого желудочка 44±1,3%. После стабилизации состояния на фоне стандартной медикаментозной терапии больные группы 1 были вовлечены в программу краткосрочной стационарной физической реабилитации, состоявшей из ежедневных контролируемых занятий дозированной ходьбой. Интенсивность выполняемой аэробной нагрузки была умеренной и ранжировалась пациентами самостоятельно с помощью 10-балльной шкалы Борга.

В группу 2 вошли 101 больный (74 женщины и 27 мужчин) в возрасте 44±1 год с АГ 1-2 степени и ожирением I степени (индекс массы тела (ИМТ) - 32,9±0,85кг/м^2. Все пациенты были вовлечены в 6-месячную программу физической реабилитации, включавшую аэробные нагрузки на беговой дорожке до 60 минут 2 раза в неделю умеренной интенсивности.

Исходно и по завершении программы физической реабилитации у всех исследуемых больных оценивались: переносимость физических нагрузок с помощью теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ), дополненного 10-балльной шкалой Борга, пациентов; КЖ - для изучения которого использовалась неспецифическая методика SF-36.

Результаты исследования и их обсуждение. Исходные показатели переносимости физической нагрузки в группе 1 были закономерно низкими: за 6 минут стресс-теста пациенты преодолевали до 308±10,7 метра, показатели КЖ больных группы 1 оказались значительно сниженными.

После стабилизации состояния больные группы 1 приступали к контролируемым ежедневным индивидуальным занятиям дозированной ходьбой. Пациенты успевали

посетить 9-11 тренировок, осваивая дистанции до 2050±138 метров в течение 54±3 минуты. Повышение физической работоспособности больных подтверждалось увеличением результатов заключительного ТШХ (361±10 метров, $p<0,05$). Несмотря на краткосрочность программы физической реабилитации, заключительное исследование подтвердило значимое улучшение КЖ пациентов (подшкала SF - 58,5±2,6 балла перед выпиской из стационара против исходных 55,5±2,5 балла, $p<0,05$).

При исходном обследовании пациентов группы 2 результаты ТШХ в среднем составили 600±11 метров. Исходное КЖ пациентов с АГ и ожирением было снижено, выявлена корреляционная связь с величиной проходимой за 6 минут нагрузочной пробы дистанции ($r=0,51$, $p<0,05$). На фоне стабильной стандартной медикаментозной терапии все больные группы 2 были вовлечены в программу 6-месячной физической реабилитации, включавшую умеренные аэробные тренировки, в результате которых наблюдалось значимое уменьшение ИМТ – до 29,8±0,68кг/м^2 ($p<0,05$). Несмотря на то, что по завершении программы физических тренировок достоверных изменений переносимости заключительного ТШХ (624±23 метра, $p>0,05$) выявить не удалось, у пациентов группы 2 была зарегистрирована позитивная динамика физической составляющей КЖ: физического функционирования (подшкала PF - 88,7±2,7 балла $p<0,02$) и энергичности (подшкала VT - 62,7±3,4 балла $p<0,05$).

Выводы. Методика исследования качества жизни может быть рекомендована как информативный инструмент индвидуализированной оценки результатов краткосрочного (в том числе, стационарного) и долгосрочного физического реабилитационного вмешательства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭРГОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Евдокимова Т.А., Черныш Н.В., Богданова М.Ю.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург,

кафедра медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры

Цель. Оценка показателей клинического обследования, индексов и шкал неврологического статуса больных острым ишемическим инсультом (ИИ) с тревожно-депрессивными и когнитивными нарушениями в процессе физической реабилитации на стационарном этапе лечения.

Материал и методы исследования. Обследовано 54 больных острым ИИ. После стабилизации состояния, на фоне адекватной стандартной фармакотерапии у всех больных применялась лечебная гимнастика (ЛГ). Пациенты, у которых применялась только ЛГ, составили группу ЛГ, в нее вошли 7 женщин и 13 мужчин в возрасте 67±9 лет. Пациенты, которым дополнительно проводились эрготерапевтические занятия, составили группу эрготерапии (ЭТ). В группу ЭТ вошли 20 женщин и 14 мужчин, средний возраст 67±12 лет. Занятия по ЭТ представляют собой пациент-центрированную методику реабилитации, ориентированную на решение индивидуальных проблем больного и обучение его навыкам самообслуживания с учетом имеющегося неврологического дефицита.

В первые сутки поступления больных в неврологическое отделение стационара и перед выпиской выполнялось клиническое обследование с использованием: 6-балльной шкалы и шкалы мышечной спастичности Ашворта, неврологический статус больных оценивался по шкале NIHSS, степень нарушения жизнедеятельности, мобильности и зависимости больных от окружающих оценивались, соответственно, по шкале Рэнкин, с помощью индексов Ривермид и Бартела. Уровень тревоги и депрессии оценивался с помощью методики Гамильтона, когнитивная дисфункция - в соответствии со шкалой MoCA, качество жизни с использованием 10-балльной визуально-аналоговой шкалы и с помощью методики EQ-5D-5L.

Результаты исследования. Исходный неврологический статус больных исследуемых групп оказался сопоставим. Исходные значения показателей когнитивной функции пациентов были снижены (20±6 баллов), когнитивный дефицит отмечался в 60%, и 75% случаев у больных групп ЛГ и ЭТ соответственно. Достоверных различий уровня когнитивных нарушений в группах наблюдения зарегистрировано не было. Исходно у больных всех групп отмечалось значительное ухудшение качества жизни (визуально-аналоговая шкала: 4,4±2 балла). По данным методики EQ-5D-5L у пациентов группы ЭТ исходные показатели качества жизни также были значимо снижены (0,23±0,36 балла).

За время наблюдения все больные достигли индивидуальных краткосрочных и долгосрочных целей реабилитации. Длительность реабилитационного курса у пациентов группы ЛГ составила 17±4 дня. Длительность курса реабилитационных мероприятий в группе ЭТ составила 11±2 дня. К моменту выписки из стационара больные группы ЭТ освоили самостоятельный прием пищи, восстановили бытовые навыки паретичной конечности по мытью посуды, стирке, открыванию и закрыванию дверей, пользованию выключателями и бытовыми приборами. Наиболее позитивные изменения

регистрировались в группе ЭТ. Уровень депрессивных нарушений наиболее отчетливо снижался у пациентов группы ЭТ по мере роста их функциональной независимости.

Выводы:

1) Применение эрготерапии у больных острым ишемическим инсультом безопасно и эффективно.
2) Наиболее выраженный и быстрый регресс неврологических функциональных нарушений, а также улучшение психического статуса и качества жизни пациентов регистрируется на фоне дополнительного эрготерапевтического вмешательства.

КОНЦЕПЦИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ «ГОТОВ К ТРУДУ И АКТИВНОСТИ» (ГТА) В РАМКАХ ВФСК ГТО

Евсеев С.П., Аксенов А.В.

НГУ им. П.Ф.Лесгафта, Санкт-Петербург

В соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов, со Стратегией развития физической культуры и спорта на период до 2020 года, Государственной программой Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта» с целью реализации распоряжения Правительства Российской Федерации от 30.06.2014 г. № 1165-р, утвердившего «План мероприятий по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» разработаны методические рекомендации по установлению государственных требований к уровню физической подготовленности инвалидов при выполнении нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Данные методические рекомендации подготовлены для инвалидов с поражением зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, с нарушением интеллекта.

Этим группам инвалидов, разумеется после допуска к занятиям медицинскими специалистами, не противопоказана соревновательная деятельности, а многолетний международный и национальный опыт их участия в Паралимпийском, Сурдлимпийском и Специальном олимпийском движениях убедительно подтверждает полезность и целесообразность такого вида двигательной активности, которым является адаптивный спорт, улучшающий здоровье, процессы социальной адаптации, повышающий качество жизни инвалидов.

Включение инвалидов с другими заболеваниями, в частности инвалидов по общим заболеваниям, в группы инвалидов для разработки государственных требований к уровню физической подготовленности с целью выполнения норм ВФСК ГТО, является не только нецелесообразным, но и опасным для их здоровья. Для таких групп заболеваний, являющихся причиной инвалидности, специалисты-медики рекомендуют занятия лечебной физической культурой, исключающие соревновательную деятельность.

Следует особо подчеркнуть, что выбранная в процессе научного исследования методология, разработанные принципы по установлению государственных требований к уровню физической подготовленности инвалидов при выполнении нормативов ВФСК ГТО, обоснованная стратегия всего этого процесса позволяют более, чем на порядок сэкономить количество финансовых средств, необходимых для подготовки проектов ВФСК ГТО для инвалидов по зрению, с поражениями структуры и функций опорно-двигательного аппарата, интеллекта и слуха.

В частности, основываясь на тщательном изучении опыта соревновательной деятельности и, в частности, рекордов мира, установленных инвалидами (слепыми, с ПОДА, с интеллектуальными нарушениями, глухими) в рамках Паралимпийского и Сурдлимпийского движений, анализе за многие годы норм и требований Единой всероссийской спортивной классификации (ЕВСК) и целого ряда других нормативных и методических документов, удалось разработать обоснованные государственные требования и физической подготовленности инвалидов при выполнении ими нормативов ВФСК ГТО, учитывающие специфику их состояния, обусловленного тем или иным дефектом.

Очень эффективным оказался подход к оценке физической подготовленности лиц с ПОДА, базирующейся на относительных нормативах испытаний (тестов) – возрастной динамике индивидуальных показателей уровня развития основных шести физических качеств инвалида. Только в этом случае снимается практически неразрешимая на современном этапе внедрения ВФСК ГТО для инвалидов, являющегося аналогом многоборья, проблема обеспечения равных условий для инвалидов с огромным разнообразием поражений структуры и функции опорно-двигательного аппарата в системе тестирования различных физических качеств, поскольку результат выполнения самых различных нормативов будет зависеть в этом случае только от активности самого инвалида.

Разнообразие поражений структуры и функций опорно-двигательного аппарата привело к необходимости введения новых, дополнительных испытаний (тестов) для оценки уровня развития основных физических качеств – скоростных возможностей

(быстроты), выносливости, силы, гибкости, скоростно-силовых возможностей, координационных способностей (ловкости).

Например, для лиц с поражением верхних конечностей (ампутации, врожденное недоразвитие и др.) являются недоступными все испытания (тесты), с помощью которых определяется уровень развития силы у здоровых лиц – подтягивания на высокой перекладине, сгибание разгибание рук в упоре лежа, рывок гири. Поэтому оценивать силу у инвалидов с поражением верхних конечностей можно с помощью новых, не использующихся у здоровых граждан испытаний (тестов).

В свою очередь введение новых, дополнительных испытаний (тестов) приводит к необходимости дооснащения Центров тестирования ВФСК ГТО новым оборудованием и инвентарем. Кроме того, появление инвалидов на площадках Центров тестирования ВФСК ГТО требует обязательной адаптации всей инфраструктуры центров к возможностям инвалидов таких, как: лиц с поражением зрения, слуха, интеллекта, опорно-двигательного аппарата.

Исследование проведено в полном объеме, в соответствии с Государственным контрактом от 14 апреля 2017 года № 105 и его техническим заданием на выполнение научно-исследовательской работы по теме: «Разработка научно обоснованных рекомендаций для Центров тестирования ВФСК ГТО в части обеспечения доступности для инвалидов при выполнении нормативов комплекса ГТО».

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Евсеева О.Э., Евсеев С.П., Ладыгина Е.Б., Никифорова Н.В., Шелехов А.А., Матвеева С.С.

НГУ им. П.Ф.Лесгафта, Санкт-Петербург

Адаптивная физическая культура является интегративной областью научного знания о применении практических навыков, посредством которых реализуются специфичные задачи в различных сферах работы с людьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья, в том числе инвалидов и детей-инвалидов. Средства и методы адаптивной физической культуры применяются в таких сферах как: медицинская, социальная, образовательная, физкультурно – спортивная.

В каждой из этих сфер, использование средств и методов АФК (даже схожих или вовсе одних и тех же), продиктовано необходимостью решения различных задач.

В ходе изучения и анализа результатов анкетирования родителей, воспитывающих детей инвалидов и специалистов, работающих в сфере реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов было выявлено, что большинство респондентов считают наиболее актуальной сферой для реализации программ по использованию средств и методов различных компонентов адаптивной физической культуры в ИПРА сферу здравоохранения.

Однако анализ ответов подтверждает высокую актуальность использования средств АФК высокую и в остальных сферах.

В сфере медицинского обслуживания и охраны здоровья населения адаптивная физическая культура решает ряд задач: восстановление утраченных или нарушенных двигательных функций, формирование компенсаторных механизмов, профилактика вторичных нарушений и сопутствующих заболеваний, оптимизация вегетативных реакций организма, подготовка организма к оперативным вмешательствам, а также устранение негативных последствий оперативного вмешательства, поддержание витальных функций, освоение специализированной техники.

Грамотное использование средств и методов АФК способно предотвращать и предупреждать нарушения функционального состояния организма с минимализацией или полным отказом от медикаментозной терапии; закреплять эффект от проведённых лечебных мероприятий и обеспечивает увеличение длительности действия терапевтического эффекта.

Данные задачи решаются следующими средствами: физические упражнения коррекционно-компенсаторной направленности, кинезиотерапия (Бобат-терапия, Войта-терапия, проприоцептивная нейромышечная фасилитация, постизометрическая релаксация), гидрореабилитация, механотерапия, использование тренажёров.

Целью применения средств и методов адаптивной физической культуры в сфере медицинского обслуживания населения является восстановление нарушенных функций, формирование компенсаторных механизмов и повышение качества жизни лиц, имеющих ограничения в состоянии здоровья.

В сфере социальной реабилитации и абилитации применение средств адаптивной физической культуры способствует решению следующих задач: восстановление социально-бытовых навыков, восстановление социального контакта, повышение качества жизни, развитие физических качеств необходимых для осуществления профессиональной деятельности, формирование прикладных навыков необходимых в профессиональной

деятельности, формирование морально-нравственных ориентиров, формирование социальных паттернов поведения.

В качестве используемых средств и методов для решения вышеуказанных задач могут выступать: адаптивный туризм, подвижные и спортивные игры, эрготерапия (обучение технике перемещения и манипуляций предметами, формирование социально-бытовой независимости), физические упражнения прикладной направленности.

Основным целевым направлением использования средств и методов АФК в сфере социальной реабилитации и абилитации является ресоциализация лиц, имеющих ограничения в состоянии здоровья или формирование социальных понятий и их интеграция в жизнь ребёнка-инвалида.

В сфере образования адаптивная физическая культура решает следующий спектр специфичных задач: интеллектуальное развития при помощи формирования знаний в области теории физической культуры, истории спорта, анатомии и др. научных дисциплин, духовного и эстетического развития (воспитание волевых и морально-нравственных качеств), физического развития (развитие и совершенствование физических способностей), обучение основным двигательным действиям и действиям профессионально-прикладного характера.

Для реализации данных задач используются следующие средства адаптивной физической культуры: физические упражнения, направленные на развитие и совершенствование физических способностей, физические упражнения, направленные на обучение двигательным действиям, - подвижные и спортивные игры, эстафеты, спортивные состязания.

Использование средств и методов адаптивной физической культуры в сфере образования способствует формированию жизненно важных знаний, умений, навыков и воспитанию гармонично развитой личности.

Адаптивная физическая культура в сфере физической культуры и спорта решает следующие задачи: развитие физических качеств с учётом индивидуальных возможностей лиц, имеющих ограничения в состоянии здоровья, формирование и совершенствования спортивных навыков, формирование эталонной техники спортивного двигательного действия, достижение рекордных результатов, формирование норм поведения.

В качестве средств могут быть использованы: ациклические и циклические виды спорта, игровые виды спорта, единоборства, физические упражнения, направленные на развитие и совершенствование физических способностей, на формирование техники двигательного действия, в том числе применения тренажёров.

Основной направленностью АФК в сфере физической культуры и спорта является развитие и совершенствование физических способностей, формирование и совершенствование двигательных умений и навыков у лиц, имеющих ограничения в состоянии здоровья, а так же достижение ими максимально возможного спортивного результата.

Исследование выполнено в соответствии с Государственным контрактом от 14 апреля 2017 года № 104 на выполнение научно-исследовательской работы по теме: «Разработка научно обоснованных организационно-методических рекомендаций по использованию технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры, в индивидуальных программах реабилитации или абилитации инвалидов и детей-инвалидов».

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОСТЮМА «АДЕЛИ»

Евсеева О.Э., Ковалева Ю.А.

НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

Детский церебральный паралич – обобщенное название тяжелых повреждений центральной нервной системы, проявляющихся в виде различных двигательных, когнитивных и речевых нарушений. Поражение незрелого мозга приводит к формированию и закреплению патологических двигательных рефлексов, а отсутствие движений и вынужденное положение поврежденных конечностей способствует формированию контрактур, что приводит к различным двигательным нарушениям и к ограничению произвольных движений.

Процесс формирования двигательного навыка проходит 3 стадии развития и достигает автоматизма. 1. Этап усвоения (определение движения), состоит из обобщения реакции. Рефлекторный ответ на различные стимулы осуществляются на основании усвоенных ранее двигательных актов. Вначале движения неуклюжие, участвуют многие мышцы. Постепенно, путем анализа результатов, достигнутых движением, развивается процесс дифференцированного торможения и возбуждение концентрируется. 2. Этап анализа и синтеза. Кора большого полушария все более и более точно анализирует движение, отличает его элементы и особенности, и в то же время синтезирует их. Вырабатывается система временных связей, соответствующая внешним данным

возбудителей, связанным с выполнением определенного навыка. 3. Структуральный этап. Соответствует организации этих связей, движение вырабатывается. Устанавливается динамический стереотип. Он содержит свойства движения: изящество, силу, последовательность, ритм, скорость. В его формировании участвуют как экстеро - и проприорецептивные, так и интероцептивные стимулы. Появляется строго координированная активность всех физиологических систем. У детей сначала появляются движения головы, потом движения верхних конечностей — хватательные движения - и только потом - вращательные движения для поддержания тела и его движения: повороты на спину и на живот, ползание, сидение, стояние на четвереньках, подъем на ноги, ходьба. Ребенок с моторной недостаточностью отстает в развитии не только из-за органических поражений коры головного мозга, но и вследствие отсутствия познаний, которые формируют движение. Адаптивное физическое воспитание является важнейшим компонентом всей системы реабилитации инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья, всех ее видов и форм.

Для формирования и развития двигательной системы большое значение имеет ранний дошкольный возраст ребенка, так как именно в это время закладываются основы произвольных движений на базе безусловных рефлексов. Важными задачами в адаптивном физическом воспитании являются: раннее выявление двигательной патологии и снижение гипертонуса мышц, которые приводят к порочным установкам, а также формирование выпрямительных установочных рефлексов. Важно тренировать равновесие и развивать рефлекторный механизм, обеспечивающий функцию сохранения равновесия при сидении, стоянии на четвереньках и высоких коленях, при стоянии и ходьбе (Бортфельд С.А.,1986, Потапчук А.А., 2003). Как показывает практика, чем раньше начать занятия с ребенком с церебральным параличом, тем легче устранить патологические рефлексы и тем больше возможностей у ребенка быть здоровым.

Занятия по адаптивному физическому воспитанию стимулируют формирование новых двигательных навыков и правильных движений. Занятия должны быть регулярными, систематичными и непрерывными, также важны: индивидуальный подход, степень тяжести заболевания и уровень психического развития ребенка. Немаловажное значение имеет увеличение физических нагрузок (Евсеев С.П.,2000). Они должны быть строго индивидуальными и соответствовать возрастным особенностям детей. Как быстро будут наступать те или иные улучшения, зависит от особенностей и развития детского мозга, его пластичности и способности к компенсации нарушенных функций. Занятия по адаптивному физическому воспитанию должны воздействовать дифференцированно на группы мышц сгибателей и разгибателей верхних и нижних конечностей, что будет

способствовать правильному распределению мышечного тонуса и локомоторной функции детей с церебральным параличом.

Для решения поставленных задач на занятиях по адаптивному физическому воспитанию мы использовали костюм «Адели», с помощью которого значительно повысилась эффективность локомоторной функции, рефлекторного механизма, активизировались регенеративные процессы, улучшились кровообращение и лимфоотток, увеличилась сократительная способность мышц, улучшилась функция дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

В основе методики лежат ежедневные занятия в нагрузочном костюме "Адели", включающие в себя выполнение специальных упражнений в течение 15-90 минут. Продолжительность одного курса составляет 15-25 занятий с перерывом 2.0-2.5 месяца. Первые пять занятий в костюме составляют от 15 до 30 минут, затем время увеличивается с каждым разом на 10 минут и к 10 занятию составляет 60 минут, к 15 занятию – 90 минут. С помощью лечебного костюма «Адели» можно добиться очень высоких результатов в улучшении состояния занимающегося. Приближающийся к норме виртуальный «мышечный каркас», созданный с помощью силовой системы костюма, позволяет придать более естественную позу туловищу и конечностям ребенка с церебральным параличом, сформировать траектории его движений, максимально приближенные к естественным физиологическим, и ослабить выраженность патологических синергий.

Благодаря созданию нагрузки на антигравитационную мускулатуру в ходе выполнения специально подобранных упражнений в костюме «Адели», происходит усиление и относительная нормализация афферентного потока с мышечно-суставного аппарата, что, в свою очередь, приводит к активации центральных структур мозга, ответственных за контроль над моторными актами и создает предпосылки для стимуляции формирования отстающих в развитии функциональных систем двигательного центра. Костюм представляет собой систему, состоящую из опорных элементов, в качестве которых выступает жилет, шорты, наколенники и обувь. Опорные элементы попарно соединены между собой системой эластичных тяг. Все тяги снабжены устройствами, регулирующими их натяжение. Величина задаваемых с помощью регуляторов нагрузок определяется специалистом и зависит от формы церебрального паралича, характера и степени поражения двигательного аппарата, возраста и физического состояния.

Занятия в костюме «Адели» заключаются в активном направленном воздействии на пораженные двигательные центры головного мозга с целью восстановления его нарушенных функций, разрушения сложившихся патологических стереотипов движения и их замены нормализованными рефлекторными связями. В ходе занятий в костюме

«Адели» следует постоянно обращать внимание на развитие речи в процессе движения, формирование пространственных и временных представлений, т.к. двигательное развитие детей оказывает большое влияние на формирование речи, психики, интеллекта и анализаторных систем. При тренировке двигательных функций нужно соблюдать принцип онтогенетической последовательности. Формирование движений должно проводиться в определенном порядке, начиная с головы - от верхних отделов тела к нижним, и от туловища - по направлению конечностей. Нужно совместно тренировать все виды активности, включая стояние и ходьбу, моделировать во время занятий динамическую последовательность развития движений. Особенностью методики являются последовательность средств адаптивной физической культуры и физической реабилитации, с использованием костюма «Адели». С этой целью, в ходе проведения занятий по адаптивному физическому воспитанию, обучение двигательному акту осуществляется в костюме «Адели» на брусьях, на беговой дорожке, в тренажёре «Гросса», а затем шаговые движения отрабатываются без костюма в различных исходных положениях (стоя, сидя, лежа на спине и на животе, лежа на боку и др.).

Нами предложены комплексы упражнений для занятий по адаптивному физическому воспитанию с использованием костюма «Адели», направленные на формирование вертикального положения тела, развитие реакции опоры рук и равновесия, преодоление сгибательно-пронационных установок верхних конечностей, сгибательно-приводящих установок нижних конечностей, формирование поворотов туловища, ползания, сидения, стояния и выработке правильного стереотипа ходьбы.

Нами было проведено исследование в течение года, с декабря 2015г. по декабрь 2016 г., на базе СПБ ГКУЗ Городского центра восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями. Исследуемый контингент включал 8 детей (4 мальчика и 4 девочки) младшего дошкольного возраста, с диагнозом детский церебральный паралич, спастическая диплегия, средней тяжести. Занятия по адаптивному физическому воспитанию с использованием костюма «Адели» проходили на протяжении всего периода наблюдения, что является оптимальным для получения достоверных и адекватных результатов. За год дети получили 4 курса по адаптивному физическому воспитанию с использованием костюма «Адели» по 15-20 занятий. В конце исследования были выявлены следующие результаты: у шестерых детей улучшилась координация движений, движения верхних и нижних конечностей стали более согласованными, снизилась выраженность патологических позо-тонических рефлексов и двигательный стереотип стал более приближенный к правильной ходьбе, также улучшилась речь. У двух детей снизились порочные установки опорно-двигательного аппарата (конечностей,

отделов позвоночного столба), произошло улучшение мышечно-суставного чувства, тактильных ощущений и развитие мелкой моторики. У всех детей улучшилось формирование вестибулярных и антигравитационных реакций, статодинамической устойчивости (равновесия и ориентировки в пространстве).

При систематических занятиях по адаптивному физическому воспитанию с использованием костюма «Адели», нормализуется мышечный тонус, вырабатываются выпрямительные установочные рефлексы, создается сильный мышечный корсет, развивается координационные навыки, улучшается функция внутренних органов, уравновешиваются нервные процессы, развиваются все физические качества и формируется правильный стереотип ходьбы, происходит положительное воздействие на психоэмоциональную сферу, улучшается речь.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ПРОЦЕССУ ДОМАШНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОГО ПРАВОПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА

Жидченко Ю.А.

АНО «Физическая реабилитация» и Санкт-Петербургская Служба помощи людям с диагнозом БАС, Санкт-Петербург

Актуальность проблемы: Программы реабилитации на уровне сообщества (англ. CBR – community based rehabilitation) были инициированы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) после проведения в 1978 г. Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи и принятия на ней Алма-Атинской декларации (1). CBR рассматривалась как стратегия улучшения доступа инвалидов в развивающихся странах к услугам по реабилитации. Однако за последующие 30 лет ее масштабы значительно расширились. Восстановление в домашних условиях, как неотъемлемый компонент CBR, является перспективным направлением благодаря возможности реализовать важнейшие для неврологической реабилитации принципы *длительности* и *непрерывности*. В настоящее время в литературе описано мало клинически случаев, показывающих различные модели, которые можно использовать для комплексных реабилитационных вмешательств на дому.

Цель: Показать эффективность длительной реабилитации в домашних условиях после тяжелого правополушарного ишемического инсульта, проводимой комплексно с

участием физического терапевта, нейропсихолога, логопеда и врачей-консультантов – психиатра, кардиолога, гастроэнтеролога, невролога.

Материалы и методы: Пациентка О.С., 68 лет, после тяжелого правополушарного инсульта с глубоким левосторонним гемипарезом (подтвержден КТ), который случился 11 августа 2016 года, 8 сентября 2016 года перенесла операцию по поводу острого нарушения мезентериального кровообращения (тромбоз в системе верхней брыжеечной артерии). Проведена лапаротомия, правосторонняя гемиколэктомия. Пациентка находилась в реанимации 10 дней.

На домашнем этапе восстановления, который начался в конце сентября 2016 года, проводились сессии физической терапии длительностью 60-90 минут 2-3 раза в неделю. Результативность работы физического терапевта была низкой, поэтому после обсуждения с сыном пациентки было решено пригласить на консультацию нейропсихолога для комплексной оценки когнитивных возможностей пациентки. С октября 2016 года с пациенткой на дому работала нейропсихолог (5 сессий в неделю, по 60 мин., в течение 2 месяцев). После этого в течение 2 месяцев пациентка занималась с логопедом (3 раза в неделю, сессии по 1 часу). Физический терапевт, нейропсихолог и логопед давали О.С. домашние задания, которые пациентка выполняла с круглосуточной патронажной помощницей. На протяжении 6 месяцев программы восстановления пациентку консультировали кардиолог (2 раза), психиатр (1 раз), гастроэнтеролог (1 раз), невролог (2 раза). Физический терапевт проводил сессии постоянно, на протяжении 7 месяцев.

Результаты: В начале курса реабилитации на дому пациентка была полностью зависима, не могла самостоятельно повернуться на бок. Оценки по шкалам: *Индекс Бартела – 0 баллов, Индекс мобильности Ривермид – 1 балл, Шкала Рэнкин – 5 баллов).* По окончании *1-го месяца восстановления* – пациентка стала сидеть по 10-12 часов в день, на *2-м месяце реабилитации дома* – стала двигаться сидя вдоль края кровати, использовать прикроватное кресло-туалет с минимальной физической помощью патронажной помощницы. *На 3-м месяце* тренировала переходы «сидя-стоя» и обратно с использованием распорной шведской стенки, установленной рядом с кроватью. *На 4-м месяце* пациентка ходила по комнате с четырехопорной тростью и минимальной вербальной помощью. *В течение 5-го месяца* О.С. научилась ходить с четырехопорной тростью по всей квартире, а *на 7-м месяце программы восстановления* ходила по лестнице с вербальной и физической поддержкой физического терапевта, а позднее – патронажной помощницы; выходила на улицу. Динамические результаты оценки по шкалам: *Индекс Бартела – 40 баллов, Индекс мобильности Ривермид – 7 баллов, Шкала Рэнкин – 4 балла.*

Выводы: Физические терапевты должны быть частью команды специалистов по реабилитации после инсульта, а также интегрироваться в амбулаторные структуры и иметь сильные связи с социальными службами и волонтерскими организациями. Нейропсихологи помогают улучшить когнитивные возможности, мотивируют к выполнению домашних заданий и облегчают для физического терапевта дальнейшую коммуникацию. Мультидисциплинарная бригада специалистов важна в реабилитации постинсультных больных.

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ГОМЕОПАТИИ. НОВЫЕ АКСПЕКТЫ В ПРЕПОДАВАНИИ ГОМЕОПАТИИ

Зарина Н.Н.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, кафедра реабилитологии ФП и ДПО

Гомеопатический подход к больному соответствуют задачам медицинской реабилитации и развивающейся современной медицинской концепции 4П . Заложенные в концепции 4П принципы означают, что медицина должна стать: предиктивной, то есть предсказательной; профилактической; партисипативной, требующей активного участия пациента, и, наконец персонализированной.

В свете известных событий, связанных с выходом Меморандума № 2 «О лженаучности гомеопатии», необходимо осветить ответ Генеральной прокуратуры Российской Федерации от 25.04.17, в котором указывается, что «Применение гомеопатии действующим законодательством не запрещено и урегулировано соответствующими нормативными документами. Принятый Комиссией по борьбе со лженаукой и фальсификацией научных исследований при Президиуме РАН Меморандум № 2 « О лженаучности гомеопатии», не является нормативным актом, обязательным к исполнению». На сегодняшний день сохраняют силу приказ № 335 от 29.11.1995 г., разрешающий использование метода гомеопатии в практическом здравоохранении, рекомендующий обеспечить последипломную подготовку врачей-специалистов лечебного, педиатрического и стоматологического профиля по гомеопатии. Приказом Министерства от 29.12 2012 № 1705н утверждены Правила организации и деятельности отделения медицинской реабилитации в организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которыми рекомендуется в структурах таких отделений предусматривать кабинет гомеопатии.

В течение 21 года на кафедре реабилитологии ФП и ДПО СПбГПМУ проводится преподавание гомеопатии. За это время накоплен большой опыт и внесены значительные изменения в образовательный процесс.

Как и прежде, на курсах основной акцент ставится на изучение классической гомеопатии, формирование холистического подхода к пациенту и «погружения» в философию гомеопатии. В структуру курсов входят циклы по тематическому усовершенствованию, рассчитанные на врачей любых специальностей, ранее незнакомых с гомеопатическим методом лечения. В 2016 году введены новые двухнедельные циклы по изучению редкого патогенеза гомеопатических препаратов для врачей, уже применяющих в своей врачебной практике гомеопатический метод лечения. В 2017 годы организован новый месячный цикл (144 часа) «Гомеопатия в общей врачебной практике». В процесс обучения добавлены занятия, позволяющие овладеть навыком работы репертириумом и компьютерными гомеопатическими программами международного уровня.

Собран обширный клинический материал, который оформлен в виде историй болезней и коротких видеофильмов, позволяющих слушателям наглядно ознакомиться с изучаемым гомеопатическим лекарственным средством и достоверно получить результаты терапии в динамике.

Совместно с преподавателями курса рефлексотерапии организован семинар по биопунктуре и гомеосинеартрии. Это новое направление, использующее биологические натурапатические препараты для парентерального введения в специальные точки и зоны тела для поддержки процессов биорегуляции.

Опираясь на клинический и педагогический опыт, можно с уверенностью утверждать, что гомеопатический метод лечения имеет право на существование при лечении различных заболеваний изолированно или в сочетании с другими медикаментозными или немедикаментозными средствами. Значимым преимуществом метода является возможность его длительного применения и экономическая доступность гомеопатических препаратов. Введение гомеопатии как значимого компонента в систему современной медицинской реабилитации открывает определенные перспективы в повышении эффективности восстановления здоровья граждан всех возрастов.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Камалова Ё.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность: Заболевания позвоночника на сегодняшний день имеют большее распространение в общей структуре заболеваемости у лиц молодого и зрелого возраста. Дегенеративно-дистрофические нарушения в области шейного отдела позвоночника влияют на работу органов зрения, слуха, умственную и психическую деятельность.

Патогенетическим обоснованием применения магнитотерапии в консервативном лечении шейного остеохондроза у больных послужили противовоспалительное, противоотечное, трофикорегенерирующее, анальгезирующее, спазмолитическое, антиоксидантное действия.

Цель работы: Изучение эффективности магнитотерапии при шейном остеохондрозе у лиц молодого и зрелого возраста.

Материалы и методы исследования: нами были обследованы 70 пациентов (40 женщин и 30 мужчин от 35 до 55 лет). Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу входили 40 пациентов с шейным остеохондрозом, которые наряду с традиционной медикаментозной терапией получали дополнительно процедуры магнитотерапии. Во вторую группу входили 30 пациентов с остеохондрозом, которые получали традиционную медикаментозную терапию. Жалобы на боли в области шеи, воротниковой зоны, напряжение мышц области шеи, нарушение чувствительности отмечалось у 34 (48,57%) больных, боль в области плечевого сустава, плеча, шеи, ограничение объема движений при подъеме руки, отмечалось у 21 (30%) больных. Нарушение чувствительности, болезненность при активных и пассивных движениях наблюдалось 15 (21,42%) больных.

Применялась магнитотерапия: частота 100 Гц, экспоненциальная и синусоидальная формы магнитного поля, экспозиция каждой формы магнитного поля в первые две процедуры по 5 минут, последующие по 6 минут, напряженность 2 мТл, время подъема и спада составило по 25 секунд, количество циклов 12-14, продолжительность первых двух процедур - 10 минут, последующих - 12 минут, курс лечения - 10 процедур, проводимых ежедневно.

Результаты исследования показали что, у больных первой группы, которые наряду с традиционной медикаментозной терапией получали дополнительно процедуры

магнитотерапии отмечалось улучшение. К концу курса лечения купировать боли в покое удалось у 100% больных, уменьшить выраженность боли при движении у 86,8% пациентов, восстановить подвижность в суставах у 13,2% больных.

У больных с шейным остеохондрозом второй группы, которые получали только медикаментозную терапию динамика данных показателей была достоверно ниже.

Выводы: Таким образом, магнитотерапия положительно влияет на клинические проявления шейного остеохондроза: увеличивает объем движений в шейном отделе**,** купирует боли в покое, уменьшает боли при физической нагрузке, улучшает качество жизни пациентов, возможность выполнения большего количества профессиональных и бытовых навыков, положительно влияет на составляющие психоэмоционального здоровья.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ИГЛОТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОДЕРМИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Ким О.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

Распространение нейродермита обусловлено множеством факторов. В большинстве случаев он является хронической патологией с аллергенным характером. Очень часто такое заболевание вызывается у беременных погрешностями в питании или проявлением токсикоза. Спровоцировать его могут бактерии, вирусные инфекции и, конечно же, стрессы. Повышенная нервозность будущей мамы в этом состоянии выступает провоцирующим фактором для развития нейродермита. Учитывая, что большинство из «обычно» принимаемых в таких случаях препаратов для беременных противопоказаны, большое значение приобретает иглотерапия, которая не оказывает побочных действий на течение беременности и развитие плода.

Цель: изучить эффективность применения иглотерапии при нейродермите у беременных.

Материалы и методы: Методика подбирается индивидуально для каждой пациентки, в зависимости от симптомов. При проведении процедур иглотерапии следует помнить, что при хронической форме заболевания между третьим и пятым сеансом болезнь и ее симптомы могут обостряться, что является положительным признаком мобилизации резервов защитных сил, накопленных в организме. Эффект, развивающийся

при лечении иглоукалыванием, способен развиваться и действовать еще три месяца после окончания процедур.

Результаты исследования показали, что хороший эффект достигается при воздействии на точки цзу-сань-ли, цюй-чи, шоу-сань-ли, вай-гуань, сюань-чжун, да-чан-шу, фэй-шу, гао-хуан, кунь-лунь, син-цзянь первым или вторым вариантом тормозного метода в зависимости от стадии болезни в течение 30 – 40 мин 10 – 12 дней.

Во время процедур иглотерапии в области акупунктурной точки возникает афферентная импульсация, которая сопровождается реакциями на сегментарном и гипофизарно-гипоталамическом уровне. Эти реакции имеют адаптационно-трофическую направленность и включают эфферентную реакцию гипофизарно-надпочечнико-адреналовой системы в виде адаптационного синдрома, имеющего в своей основе нервно-рефлекторную реакцию с последующим подключением гуморально-эндокринного звена.

Под воздействием акупунктурных игл активизируются собственные защитные функции организма и выработку особых веществ, повышающих его защитные свойства и мобилизующие организм на борьбу с патологией; нормализуется работа нервной системы; повышается сопротивляемость организма; улучшается циркуляция крови и обмен веществ. Все это благоприятно сказывается на состоянии мышечной ткани и кожных покровов; уменьшаются или полностью прекращается, исчезают кожные высыпания, нормализуется психо-эмоциональное состояние беременных.

Таким образом, процедуры иглотерапии хорошо переносятся беременными и, в отличие от лекарственных препаратов и физиотерапевтических процедур, не оказывают практически никакого вредного воздействия ни на самих женщин, ни на плод.

ТИПОВОЙ УРОК ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ И НАЧАЛЬНОЙ ФОРМОЙ СКОЛИОЗА

Колесниченко Е.С., Дрожжина Л.А.

ГБОУ школа-интернат №49 «Школа здоровья», ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург

При обнаружении у ребенка школьного возраста начальной степени сколиоза или нарушения осанки во фронтальной плоскости, как правило, производится освобождение его от уроков физкультуры в школе. Занятие по лечебной гимнастике в поликлинике далеко не всегда замещает урок физвоспитания, вследствие недостаточной

организованности, последовательности, систематичности и исполнительной дисциплины со стороны детей и родителей.

Цель. Наш опыт, апробированный в школе-интернате в течении ряда лет с подобным контингентом детей и подростков, позволяет рекомендовать типовые уроки физвоспитания, адаптированные к выявленной начальной патологии позвоночника. Урок строится согласно Программе общеобразовательной школы.

Подготовительная часть выполняется перед зеркалом и посвящена разминке: в ней используется построения, ходьба, направленные на формирование и сохранение поз и правильной осанки, формирования мышечно-суставного чувства, координации движения. Значительную часть составляют элементы аэробики с музыкальным сопровождением, которые, кроме развития навыков ловкости, равновесия и координации, вырабатывают культуру движений, музыкальность, чувство ритма и создают благоприятный эмоциональный фон для продолжения урока.

В основной части урока упражнения подбираются согласно возрасту, первоначальной двигательной подготовленности и выполняются симметрично. Общеразвивающие, корригирующие физические упражнения направлены на создание мышечного корсета. Упражнения выполняются из исходных положений: лежа на спине и на животе для конкретных мышечных групп, особенно мышц разгибателей, с соблюдением принципа разгрузки позвоночника. Силовая выносливость мышц достигается многократными повторениями и с использованием предметов: фитбол, амортизаторы, мячи, палки. Одновременно уделяется внимание упражнениям на развитие мелкой моторики с использованием ракеток, теннисных мячей и воланов бадминтона.

Заключительная часть урока содержит элементы спортивных игр (волейбол, баскетбол), также способствующие развитию равновесия, внимания, координации. В конце урока для развития зрительного анализатора включается специальная гимнастика для тренировки глазных мышц.

Заключение. Постепенное освоение программного материала ориентируется на индивидуальные темпы развития двигательных способностей и на использование необходимых и доступных упражнений, соответствующих структуре планирования общеобразовательных программ в школе. Данная программа может использоваться преподавателями физкультуры в школе для специальных медицинских групп, в работе с детьми с нарушением осанки и начальной степенью сколиоза.

Таким образом, типовой урок физвоспитания, кроме выполнения основных задач, направленных на выработку рефлекса правильной осанки и формирование мышечного

корсета, способствует снятию психоэмоционального напряжения, повышает интерес к уроку физкультуры в школе.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПОДБОРА ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ С ЭСПАНДЕРАМИ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ АРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Корженевская Т.Б., Аксёнова Н.Н., Аксёнов А.В., Зайцев Р. О.

ФГБУ «ДНКЦИБ» ФМБА России, Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, ООО «Санкт-Петербургский Центр Кинезитерапии»

Актуальность исследования. Артрозы коленных суставов является одной из наиболее распространенных патологий группы костно-мышечных заболеваний, формирующих развитие функциональной недостаточности и потерю физической активности в период подготовки к соревнованиям. По данным литературы они занимают первое место среди ревматических заболеваний, вызываемых бета-гемолитическим стрептококком, стафилококком и пр., которые изначально поражают ЛОР – органы. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) поражение коленных суставов при артрозе и нарушение их функциональной активности находится на четвертом месте, а в последующем приводит к утрате трудоспособности. Первыми признаками начинающихся артрозов являются жалобы, которые пациенты впервые испытывают при выполнении физических нагрузок на тренировках, в последующем они испытывают затруднения в передвижении вне тренировочного периода, трудности при самообслуживании, ограничения в социальных взаимодействиях. При отсутствии своевременных диагностических и терапевтических подходов повышается степень риска формирования инвалидизации. Поиск новых методических подходов к применению физических упражнений остается одной из важных проблем практической и теоретической части физической реабилитации. Одно из направлений поиска - повышение неспецифической резистентности к нагрузкам костно – мышечного аппарата коленных суставов на начальном этапе снижения их функциональной активности. Максимальный клинический эффект может быть получен при использовании изометрических нагрузочных упражнений с одновременной коррекцией нарушений в пораженном коленном суставе. Современные подходы к назначению физических упражнений при

начальных формах артрозов коленных суставов продолжают оставаться открытыми. Нами обращено внимание на уникальное разнообразие эспандеров, с помощью которых возможно оптимально подобрать изометрический ступенчатый нагрузочный режим занятий.

Цель исследования: разработать и обосновать методику физической реабилитации на основе физических упражнений с эспандерами с начальными формами артрозов коленных суставов в раннем восстановительном периоде.

Материалы и методы. В исследование были включены 26 человек с начальными формами артрозов коленных суставов в раннем восстановительном периоде в возрасте от 17 до 27 лет с клинической картиной минимального болевого синдрома при физических нагрузках, после проведенного контрольного обследования и завершенного медикаментозного лечения у профильных специалистов. После обследования и осмотра были составлены следующие группы:

1-я основная группа 10 человек с начальными формами артрозов коленных суставов в ранний восстановительный период, которые занималась по разработанной методике.

2-я группа сравнения – 10 практически здоровых людей, в анамнезе которых ранее зарегистрированы данные о том, что они состояли на диспансерном учете у ревматолога, с учета сняты более 4-х лет, занятия проводились по разработанной методике.

3-я группа - 10 человек, с которыми занимались согласно традиционному комплексу ЛФК, используемому при лечении больных с данной патологий на поликлиническом этапе реабилитации. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, имеющимся поражениям коленных суставов.

При проведении занятий у всех участников групп обострение основного заболевания не наблюдалось. Занятия проводились 3 раза в неделю, через день, длительность составляла 40 - 55 минут, продолжительностью курса составляла 20 занятий. Результаты тренировочных занятий проводилось с использованием: тестирования «Визуальная аналоговая шкала» боли (ВАШ); гониометрии коленных суставов; оценки силы четырехглавой мышцы бедра и мышц задней поверхности бедра по функциональным пробам «разгибание ноги в коленном суставе», «сгибание ноги в коленном суставе»). Статистическая обработка материалов исследования осуществлялась по программе STATGRAPHICS PLUS for Windows.

Результаты исследования. После проведения первых 3 занятий у занимающихся 1-й группы у 8 из 10 наблюдаемых (80%) отмечался значительный по

выраженности, положительный эффект. Так, появилось ощущение «легкости» и «порозовения» кожных покровов над областью пораженных коленных суставов, уменьшалась пастозность над ними, за счет улучшения регионарного кровотока и притока артериальной крови, восстанавливался лимфоотток нижних конечностей, увеличилась суставная подвижность. Клинически - увеличение подвижности коленных суставов происходило раньше, в среднем на пятые сутки у занимающихся 1-й группы при работе с эспандерами.

По результатам проведенного тестирования было выявлено, что средне групповой показатель интенсивности боли в коленных суставах по ВАШ в 1-й группе уменьшился на 10,7 мм, с 31,6 мм в начале исследования, до 20,9 мм - в конце исследования, составив 33,9 %. 2-я группа - болевых ощущений при нагрузках с эспандерами не испытывала. В 3-й группе по ВАШ средне групповой показатель интенсивности боли в коленных суставах уменьшился на 5,1 мм, с 30,5 мм в начале исследования, до 25,4 в конце исследования, что составило 16,7 %.

Согласно проведенным результатам гониометрии, достоверно выявлено увеличение амплитуды сгибания больной ноги в коленном суставе у занимающихся 1-й группы. Так, среднегрупповой показатель увеличился на 10,1°, с 108,1 ° в начале исследования, до 118,2° в конце исследования, что составило 9,3 %. Во 2-й группе средне групповой показатель увеличился на 21,6 °, с 126,8 ° до 148,4° в конце исследования. В 3-й группе средне групповой показатель увеличился лишь на 5,2 °, с 108,8 ° до 114° в конце исследования, что составило 4,8 %.

При проведении теста «сгибание ноги в коленном суставе» было отмечено достоверное увеличение среднегрупповых показателей силы мышц задней поверхности бедра: в 1-й группе на 5,9 кг, с 7,2 кг в начале исследования, до 13,1 кг в конце исследования, что составило 82 %; во 2-й группе на 7,6 кг, с 9,2 кг в начале исследования, до 16,8 кг в конце исследования, что составило 92 %; в 3-й группе на 3,7 кг, с 6,7 кг в начале исследования, до 10,4 в конце исследования, что составило 55,2%.

Использование теста «разгибание ноги в коленном суставе» у наблюдаемых 1-й и 2-й групп было достоверно выше после завершению курса занятий с эспандерами, чем у 3-й группы. Отмечено достоверное увеличение среднегрупповых показателей силы мышц передней поверхности бедра: в 1-й группе на 9 кг, с 15,9 кг в начале исследования, до 24,9 кг в конце исследования, что составило 56,6 %; во 2-й группе на 11.8 кг, с 14,6 кг в начале исследования, до 26,4 кг в конце исследования, что составило 84,4 %; в 3-й группе на 4,7 кг, с 13.8 кг в начале исследования, до 18,5 кг в

конце исследования, что составило 43,4 %.

Таким образом, полученные результаты проведенного исследования с включением в занятия эспандеров при начальных формах артрозов коленных суставов в ранний восстановительный период, позволяют констатировать существенные преимущества перед традиционным физическими упражнениями. За счет акцента занятий на изометрические нагрузки для мышц нижних конечностей, когда занимающийся самостоятельно подбирает себе степень нагрузки, достигается улучшение регионарного кровотока и притока артериальной крови к зоне поражения, восстанавливался лимфоотток из нижних конечностей, увеличивается суставная подвижность в них. Клинически минимизируются симптомы нарушения подвижности коленных суставов после первых 3 занятий с эспандерами. Традиционный комплекс лечебных физических упражнений значительно уступает занятием с эспандерами, а включение эспандеров в рекомендуемые комплексы упражнений при артрозах коленных суставов может быть рекомендовано в «щадящем» режиме. Результаты проведенных тестовых исследований выявили особенности неспецифической коррекции мышечно – связочного аппарата нижних конечностей. Предложенная методика с эспандерами для пациентов с начальными формами артрозов коленных суставов в раннем восстановительном периоде является эффективным методом физической реабилитации в комплексном подходе при подготовке к тренировочным занятиям.

ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Косарева М.И.

Санаторий «Дюны», Санкт-Петербург

Значительное место в лечении патологии органов опоры и движения занимают высокотехнологические хирургические методы, такие как эндопротезирование суставов и реконструктивные операции с использованием артроскопических технологий. У лиц молодого возраста (в том числе спортсмены, артисты балета) основной причиной обращения за хирургической помощью являются травмы и их последствия. Около 76% из этой категории больных принимается с санаторий на раннюю реабилитацию после операций остеосинтеза длинных костей, реконструкций передней крестообразной связки, резекции менисков. В группе лиц пожилого возраста превалируют пациенты после

операций эндопротезирования крупных суставов по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний. В лечении пациентов методом операционной реконструкции суставов нижних конечностей мы выделяем следующие периоды.

Таблица 1

Предоперационного и послеоперационного периодов.

Название периода	Цели периода
Предоперационный период(«Школа пациента»)	- предоперационное обследование - лечение сопутствующих заболеваний - разъяснение целей оперативного лечения; - обучение правилам послеоперационного поведения, - нормализация психологического состояния пациента - профилактика п/о тромбоэмболических осложнений.
Ранний послеоперационный период (1-2 недели после операции)	- предупреждение п/о тромбоэмболических и инфекционных осложнений - обезболивающие и противовоспалительные мероприятия - возобновление движений в суставе - восстановление и поддержание мышечного тонуса конечности
Реабилитационный период (поздний послеоперационный)	
Ранний	- уменьшение отека и боли - увеличение амплитуды движений - повышение тонуса мышц конечности - улучшение опороспособности конечности
Адаптационный период	- восстановление физиологической подвижности и стабильности суставе - восстановление силы, выносливости мышц и координации сложных движений - восстановление способности к физическому труду.

Подготовку к предстоящему оперативному вмешательству мы предлагаем пациенту пройти в условиях санатория за 2-3 недели до планируемой операции в рамках «Школы пациента».

Пациентам, поступающим в **послеоперационном периоде**(1-2-я недели после операции), назначаем щадящий(палатный) режим. В номере(палате) проводим занятия лечебной гимнастикой (ЛГ), обучение ходьбе на костылях или ходунках , пассивное движение оперированного сустава на аппарате «Artromot K-1» , электромиостимуляцию (ЭМС) мышц оперированной конечности на аппарате «Cefar-Rehab 2X» и физиотерапевтические процедуры:

-воздействие узкополосным оптическим излучением длиной волны 540 нм(зеленый) и 470 нм(синий) на послеоперационный шов (если нет повязки) и послеоперационные гематомы.

- магнитотерапия.

Ранний реабилитационный период: 2-4-я недели для ППКС, 4-7-я недели для эндопротезирования коленного сустава. Проводим расширение двигательного режима до щадяще-тренирующего. В залах ЛФК проводим занятия лечебной гимнастикой малогрупповым методом, ЭМС ягодичных мышц и мышц нижних конечностей, пассивную разработку объёма движений в оперированном коленном суставе на аппарате «Artromot K-1» , локальную криотерапию (ЛКТ) аппаратом «Criodjet Air C-200» , лечебную гимнастику в бассейне при t^o воды 28-30^o.

С целью улучшения кровообращения , венозного и лимфатического оттока во всей прооперированной конечности в лечебный комплекс включаем:

- магнитотерапию от аппарата «Алмаг-02»,

- прерывистую пневмокомпрессию нижних конечностей от аппарата «Lympha Press Plus» или «Mark-400,

- дарсонвализацию нижних конечностей и поясничной области

- ножные вихревые или контрастные ванны.

С целью борьбы с болевым синдромом и межтканевым отёком, вызванного нарушением микроциркуляции в оперированном суставе , применяем:

- комбинированное воздействие узкополосным оптическим излучением длиной волны 540 нм(зеленый) и 470 нм(синий) на оперированный сустав по методу дифференцированного применения (Патент МПК A61N5/06),

- интерференцтерапию.

Эффективность лечения оцениваем по динамике основных клинических синдромов: болевого синдрома, межтканевого отека, вызванного нарушением микроциркуляции в оперированном суставе, местной гипертермии, по объему движений в суставе.

Измерения проводим при первичном осмотре , затем с периодичностью 3-5 дней в утренние часы.

По мере решения задач раннего реабилитационного периода: уменьшение болевого синдрома, улучшение микроциркуляции в оперированной конечности, уменьшение межтканевого отека оперированного сустава, вследствие этого увеличение объёма движений в нём, переходим к решению задач функционального периода.

Функциональный период: 5-7-я недели для ППКС, 8-12-я недели после эндопротезирования коленного сустава. В комплекс ЛГ добавляем упражнения с внешним сопротивлением, используя ленты «Thera Band», исходное положение стоя с опорой у гимнастической стенки, упражнения на равновесие. Проводим диагностику опороспособности оперированной конечности, устойчивости в вертикальной позе, при

необходимости проводим тренировки на стабилометрической платформе с БОС «Tyromotion». Для тренировки баланса применяем также нестабильные платформы «Thera Band». Рекомендуем занятия дозированной ходьбой в помещении санатория или терренкур по заданному маршруту. Занятия на тренажерах «Gyrotonik» и « Redcord» позволяют сбалансировать состояние мышечной системы, повысить силу мышц бедра, увеличить объём как пассивных, так и активных движений в оперированном суставе. В рамках решения задач данного периода применяем физические факторы, предотвращающие формирование грубых соединительнотканных формирований, влияющих на нормальное формирование послеоперационного рубца:

- локальная криотерапия «Criodjet Air C-200»,

- электрофорез ферменкола , карепаина на область оперированного сустава,

- фонофорез гепарина, кортана на область оперированного сустава, контратубекса на послеоперационный рубец,

- кинезотейпирование,

- гирудотерапия.

Используются также физические факторы трофического, регенеративного воздействия:

- низкоинтенсивное лазерное излучение от аппарата «Милта» на область оперированного коленного сустава и лабильно на область послеоперационного шва,

- грязевые тонкослойные аппликации «Сестрорецкая грязь с ментолом» на оперированный сустав или высокий сапожок комнатной температуры,

- грязевые тонкослойные аппликации «Анапская грязь» , «Сестрорецкая грязь» на оперированный сустав.

В **адаптационном периоде** (с 6- 8-й недели для ППКС, с 10-13-й недели после эндопротезирования коленного сустава) в тренирующем режиме увеличиваем интенсивность занятий ЛГ в бассейне, в зале, дополняя их исходным положением стоя без опоры , упражнениями в ходьбе. Проводим занятия на велотренажере , на тренажерах «Gyrotonik» , « Redcord», стабилоплатформе, терренкур, скандинавскую ходьбу. Из физиотерапевтических методов применяем процедуры, обеспечивающие развитие адаптивных реакций организма. Из общей бальнеотерапии мы применяем:

- жемчужные ванны, ванны с бишофитом, скипидарные, хлоридно- натриевые, каштановые, хвойные,

- гидромассажные ванны «Selesta» , «Algocompact».

Грязелечение применяем в виде местных тонкослойных аппликаций на область оперированного сустава или на сегментарную зону. В зависимости от температуры

применяемой грязи методика отпуска процедуры может быть холодная (комнатная температура около 20^0C); время экспозиции 30 мин.; или умеренно тепловая(t^o 38-42^o C);время экспозиции 20 мин. Курс 10-15 процедур через день. Виды грязей - «Анапская грязь» , «Сестрорецкая грязь». Озокеритовые аппликации применяем чаще всего на область оперированного сустава. Применение гидротерапии и теплогрязелечения способствует восстановлению физиологической подвижности и стабильности в оперированном суставе, мышечной силы и опороспособности конечности, восстановлению нарушенной адаптивной деятельности ЦНС, стимуляции защитных сил организма.

Результаты и выводы. По результатам лечения у 87.7% из числа пациентов после реконструкции коленного сустава проходивших лечение в санатории «Дюны» за 2014-2016 гг. в количестве 322 человек) отмечали положительную динамику: уменьшение или отсутствие болевого синдрома, разрешение послеоперационного межтканевого отека, нормализацию местной температуры послеоперационной области, восстановление объёма движений в оперированном суставе и опороспособности конечности, улучшение психоэмоционального состояния и общего состояния организма.

В 11.1% случаев наблюдали полное восстановление функций оперированной конечности и повышение адаптационных сил организма, как правило у пациентов, проходивших все этапы реабилитации в санатории «Дюны». В 1.2 % случаев, отмечали слабоположительную динамику (из группы пациентов после эндопротезирования коленного сустава) , что связано с формированием стойкой сгибательно- разгибательной контрактуры коленного сустава в течении нескольких лет до предпринятого хирургического лечения или с поздним началом реабилитационного лечения (10-12-я и более недели). Это свидетельствует о необходимости ориентации пациента лечащими врачами – травматологами на своевременное и правильное реабилитационное лечение, соответствующее принципам раннего начала, этапности, преемственности, непрерывности, последовательности, тогда цель оперативного вмешательства - улучшение качества жизни пациента, будет достигнута.

ВЛИЯНИЕ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ И ЭЛЕМЕНТОВ ГИМНАСТИКИ ХАДУ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬОЕ И СОСТОЯНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ладыгина Е.Б., Давыдова А.А.

НГУ им. П.Ф. Лесгафта, МО Дачное, Санкт-Петербург

Введение. Анализ происходящих в мире событий с точки зрения здоровьесберегающих технологий рассматривает связи от общих глобальных мировых проблем, таких как распространение недостаточной физической активности среди населения, старения населения, до частных – влияния адаптивной физической культуры как физической двигательной активности для лиц с отклонениями в состоянии здоровья, а именно скандинавской ходьбы в сочетании с гимнастикой ХАДУ на физическое и психоэмоциональное состояние лиц пожилого возраста. В настоящее время недостаточная физическая активность считается одной из девяти глобальных проблем человечества в области неинфекционных заболеваний.

Второй актуальной проблемой определенно является тенденция старения населения. По данным ООН ожидается, что к 2050 г. население мира возрастет на 2, 5 млрд. человек, при этом число лиц в возрасте 60 лет и старше возрастет на 1 млрд. человек. В России, по прогнозам отдела экономики социальных вопросов секретариата ООН доля населения пожилого возраста (65 лет и старше) составит 17,6% в 2025 г., а к 2050 г. – 23%.

Адаптивная физическая культура играет существенную роль в организации двигательной активности лиц пожилого возраста и является преимуществом, которое не должно быть упущено в организации работ, связанных с проблемой старения населения.

Предполагалось, что внедрение в процесс занятий адаптивной физической культурой скандинавской ходьбы и элементов гимнастики ХАДУ повысит уровень физического и психоэмоционального состояний лиц пожилого возраста.

Организация и методы исследования. Базой для проведения исследования была выбрана Школа скандинавской ходьбы местной Администрации Муниципального образования МО Дачное, Санкт-Петербург. В педагогическом эксперименте приняло участие 24 человека, 2 группы, женщины в возрасте от 55 до 81 года, в том числе 10 человек, имеющих инвалидность 1, 2, 3 степени.

Методы исследования: Для оценки физического состояния занимающихся мы использовали тест ходьбы на 2 км, разработанный институтом Урхо Калева Кекконена, Финляндия.

Для оценки психоэмоционального состояния использованы тест САН. Для обработки данных применялась компьютерная программа статистической обработки STATGRAPHICS PLUS for WINDOW.

Экспериментальное содержание занятий заключалось в следующем: разминка 20 мин – выполнение элементов гимнастики ХАДУ в качестве силовых упражнений, далее – проход в стиле скандинавской ходьбы с палочками 1-3 км в зависимости от физической подготовки занимающегося в индивидуальном темпе и с индивидуальной нагрузкой, заключительная часть занятия - выполнение элементов гимнастики ХАДУ в качестве упражнений на растяжение.

Гимнастика ХАДУ разработана Арабули Звиади Шотаевичем и запатентована 10.06.1998 г. № 2112488, изобретение относится к медицине, в частности к лечебной физкультуре. Основная идея ХАДУ – это отказ во время тренировки от внешней нагрузки за счет одновременного напряжения противодействующих групп мышц. Именно подсознательная регуляция является гарантией от перегрузки, поэтому гимнастика ХАДУ востребована как технология реабилитации.

Длительность занятия 60 мин - 90 мин., 2 раза в неделю, продолжительность эксперимента 4 месяца.

Результаты исследования

статистические параметры группа 1		ИФП	САН	
±S	50±15,7	92,6±9,0	5,5±0,39	5,7±0,41
б	27,3	15,5	0,67	0,71
Проверка гипотезы о том, что тесты в конце педагогического эксперимента отличаются от начальных тестов по критерию знаковых рангов Вилкоксона:				
Что проверялось	Значения ИФП выше		Значения САН отличаются	
W	3,26438		1,66532	
Р-значение	0,00055		0,11975	
Статистический вывод	P<0,05 – гипотеза верна		p>0,05 – гипотеза не недостаточно подтверждена	
Статистические параметры группа 2		ИФП	САН	
±S	61±10,2	82±6,7	5,7±0,7	6,0±0,4
б	14,2	9,4	1,02	0,52
Проверка гипотезы о том, что тесты в конце педагогического эксперимента отличаются от начальных тестов по критерию знаковых рангов Вилкоксона:				

Что проверялось	Значения ИФП выше	Значения САН отличаются
W	2,75209	1,17295
P-значение	0,00296	0,24082
Статистический вывод	P<0,05 – гипотеза верна	P>0,05 – гипотеза не недостаточно подтверждена

Выводы

1. Определена положительная эффективность воздействия экспериментального содержания занятий адаптивной физической культурой с использованием скандинавской ходьбы и элементов гимнастики ХАДУ на физическое состояние лиц пожилого возраста.

2. Положительная эффективность воздействия экспериментального содержания занятий адаптивной физической культурой с использованием скандинавской ходьбы и элементов гимнастики ХАДУ на психоэмоциональное состояние лиц пожилого возраста не получила достаточного подтверждения. Для достоверных статистических данных по изменению психоэмоционального состояния требуется больший период срока проведения эксперимента. Но стабильность и улучшение параметров: самочувствия, активности, настроения свидетельствует о гармонизации общего психоэмоционального состояния занимающихся.

3. Занятия адаптивной физической культурой с использованием скандинавской ходьбы и элементов гимнастики ХАДУ улучшают качество жизни пожилых людей и продлевают активный период.

КУРСЫ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ФИТОТЕРАПИЯ» И «ОСНОВЫ ФИТООЗДОРОВЛЕНИЯ» - НОВЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ

Лесиовская Е.Е., Андреева Д.М., Бахтина С.М.

ФГУН «Институт токсикологии» ФМБА, Санкт-Петербург; ФБГОУ 1 МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург

Внедрение в последние 20 лет «золотых стандартов» лечения широко распространенных исходно хронических заболеваний позволило более успешно спасать жизни пациентов. Однако мониторинг параметров «эффективность : безопасность» показывает неуклонный рост токсических последствий базисной фармакотерапии, в том

числе и со смертельным исходом (по данным ВОЗ около 1 млн. человек ежегодно погибает от лекарственных осложнений – и это без учета многих стран, где такой мониторинг не ведется). Поэтому растет потребность пациентов в более безопасных способах восстановления и поддержания здоровья и, соответственно, их обращение к традиционным методам лечения, к которым отнесена и фитотерапия(ФТ). Врачи к такой ситуации в настоящее время абсолютно не готовы. Несмотря на наличие Государственной программы повышения квалификации врачей и провизоров (утверждена МЗ и соц.разв.РФ 14.07.2006), студенты медицинских и фармацевтических вузов не знакомы с ФТ, поэтому на постдипломном этапе речь может идти о первичном обучении, причем необходимо не только преподавание метода ФТ, но и освоение врачами основ фармакогнозии, фитохимии, фитотехнологии, фитофармакологии, так как эти дисциплины дают базовые знания для понимания механизмов влияния растительных средств на организм пациента, на этиопатогенез болезни. Такое преподавание ФТ с 80-х годов прошлого века в РФ осуществляют доктора медицинских наук, профессора - энтузиасты в Москве (Корсун В.Ф., Корсун Е.В., Коршикова Ю.И., Турищев С.И. и др.), Самаре (.В.А.Куркин), Санкт-Петербурге (Барнаулов Л.Д., Лесиовская Е.Е., Яременко К.В. и др.), Новосибирске (Суботялов М.А.), Барнауле (.В.С.Корепанов) и др. В 2013 году нами было внедрено преподавание курса ТУ «Доказательная фитотерапия» в ФБГОУ 1 МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России и ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Целью данного курса было обучение врачей основам метода ФТ, ознакомление с возможностями применения его в рамках стандартов оказания медицинской помощи. Слушатели получают базовые знания о лечебно-профилактических свойствах растительных средств, не содержащих ядовитых и сильнодействующих веществ, механизмах их действия, возможностях сочетания фитопрепаратов с базисными методами лечения, способах повышения эффективности и, главное, безопасности терапии. В лекциях содержатся результаты новейших отечественных и зарубежных доклинических и клинических исследований фитопрепаратов. Врачи осваивают наиболее действенные методики их применения и программы восстановления здоровья и поддержания качества жизни пациентов. Они знакомятся с возможностями ФТ в кардиологии, неврологии, гастроэнтерологии, ревматологии, гинекологии, онкологии, эндокринологии. Осваивают особенности применения лекарственных растений в педиатрии и геронтологии. Курс позволяет врачу сориентироваться в разнообразии средств растительного происхождения, а также дает инструменты для выявления доказательных и научно обоснованных сведений о действии растений на организм человека из обширных информационных потоков. Лекторы передают слушателям личный многолетний опыт научного применения ФТ.

Для врачей, работающих в санаторно-курортной системе, а также специалистов центров здоровья, частных оздоровительных центров предназначены программы по основам фитооздоровления (ФО). Эти программы прошли аттестацию в Российской профессиональной медицинской ассоциации народной и традиционной медицины и позволяют врачам осваивать современные научно обоснованные методы оздоровления. Для облегчения практической работы нами разработан проект «Рабочее место специалиста по оздоровлению», который позволяет врачу успешно применять полученные на этапе повышения квалификации знания на практике.

Однако на пути внедрения метода ФТ существуют объективные препятствия. До сих пор не восстановлено лицензирование метода ФТ, нет должности «фитотерапевт» в штатном расписании ЛПУ, искажено информационное пространство, не редки случаи широкого распространения ложных сведений об опасности растительных средств и об их бесполезности. Министерство труда в Общероссийском классификаторе занятий (принят и введен в действие Приказом Росстандарта от 12.12.2014 N 2020-ст, поправки 2016 г) предлагает врачу регистрироваться высококвалифицированным целителем, а если не чувствуешь в себе высокой квалификации – лекарем! Это, на наш взгляд, низводит врача, практикующего фитотерапию и другие методы традиционной медицины, до какого-то сомнительного средневекового уровня. Всё это подрывает престиж врача и дискредитирует высокоэффективный метод ФТ, лишая врача возможности совершенствовать и применять свои знания, а пациента – получать действенную помощь. Надеемся, что широкое ознакомление врачей с основами научной ФТ и их профессиональная поддержка будут способствовать преодолению этих препятствий, и широкое применение метода фитотерапии позволит улучшить качество здоровья жителей России.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И СПОРТ

МавлянованЗ.Ф., Бурханова Г.Л.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования: изучить влияние сбалансированного употребления белков, жиров и углеводов на физическое развитие детей и подростков с повышенной физической нагрузкой.

Материалы и методы исследования: изучение данных литературных источников.

Результаты исследования показали, что повышение тренировочных нагрузок и интенсивность соревновательной деятельности требуют от спортсменов колоссального напряжения физических и моральных сил. Одним из важнейших компонентов обеспечения высокого уровня функционального состояния спортсменов детского и подросткового возраста является рациональное сбалансированное адекватное питание.

Особая роль в питании детей и подростков, занимающихся спортом, при этом отводится белкам, жирам и углеводам. Недостаток белков в рационе задерживает рост, снижает устойчивость к инфекционным заболеваниям, сказывается на умственном развитии. Вместе с тем, и избыток белков в рационе нежелателен. Он снижает сопротивляемость к стрессовым ситуациям. Как известно, активные занятия спортом требуют изменений в потреблении белков животного и растительного происхождения. В рационе юных спортсменов доля белков животного происхождения (мясо, субпродукты, рыба, птица, творог, сыр, яйца, молоко) должна составлять не менее 60%, что обеспечит требуемый оптимум по аминокислотному составу. Остальные 40% приходятся на белки растительного происхождения. Такое соотношение белков животного и растительного происхождения рекомендуется соблюдать при каждом приеме пищи. В особых случаях животные белки могут составлять 80%. Например, в период тренировок, направленных на развитие таких качеств, как скоростно-силовые, а также при увеличении мышечной массы, выполнении длительных и напряженных тренировочных нагрузок.

Согласно современным научным данным, наиболее благоприятное соотношение белков и жиров в питании юных спортсменов — 1: 0,8-0,9. Доля растительных жиров должна составлять 25-30% от общего количества жиров, что обеспечит оптимальное содержание в рационе полиненасыщенных жирных кислот. В частности, вклад липолевой кислоты составит 3-4% от общей калорийности.

Углеводный обмен у детей и подростков характеризуется высокой интенсивностью. При этом, в отличие от организма взрослого человека, организм ребенка не обладает способностью к быстрой мобилизации внутренних углеводных ресурсов и поддержанию необходимой интенсивности углеводного обмена при повышении физической нагрузки. Юным спортсменам, в этой связи, рекомендуется основную массу углеводов (65-70% от общего количества) употреблять с пищей и виде полисахаридов (крахмал), 25-30% должно приходиться на простые и легкоусвояемые углеводы (сахара, фруктоза, глюкоза) и 5% на пищевые волокна.

Выводы. 1. Оптимальный белковый баланс в питании детей спортсменов обеспечивает пластические процессы роста и развития организма, кроме того имеет определенное значение в физической подготовке. Повышенная частота тренировок,

недостаток белков в питании ведет к преобладанию катаболизма белков над их анаболизмом, в результате снижается масса тела за счет мышечных белков. Нерациональное питание с дефицитом поступления белка ведет к иммуносупрессии, возрастанию риска травматизации и появлению признаков хронической усталости.

2. Жиры также имеют очень важное значение в питании детей и подростков с повышенной физической нагрузкой. Они, наравне с белками, выполняют роль пластического материала, входят в состав всех клеток и тканей организма, способствуют лучшему использованию организмом белков, витаминов, минеральных веществ. Питание спортсменов с низким содержанием жиров, в свою очередь, может ограничивать спортивную производительность путем подавления запасов триглицеридов, что клинически приводит к раннему наступлению утомления в процессе тренировок. Кроме того, неадекватное употребление жиров может снижать уровень тестостерона в крови, тем самым, уменьшая мышечную массу.

3. Оптимальное поступление углеводов обеспечивает интенсивность работы мышц, предупреждает наступление гипогликемии во время тренировочного процесса, способствует эффективному восстановительному периоду после активной физической деятельности. У спортсменов, употребляющих недостаточное количество углеводов, постепенно нарастает хронический дефицит запасов гликогена, что значительно снижает спортивную производительность и выносливость к физическим нагрузкам.

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ В ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ

Максимов А. В., Сиващенко П. П.

НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

Цель данной статьи аргументировать целесообразность введения методов прикладной кинезиологии в комплекс физической реабилитации спортсменов различных категорий в рамках физкультурно-оздоровительной деятельности как неотъемлемую часть и показать их доступность.

Прикладная кинезиология позволяет оценить способность нервной системы в условиях нагрузки адекватно отвечать на физические, химические, эмоциональные воздействия, а значит позволяет проанализировать, как организм атлета адаптирован в тренировочно-соревновательной деятельности. Она основана на методах диагностики оценки активности рефлексов – способности отдельных мышц повышать (или понижать)

свой тонус при выполнении заданного действия (мануальное мышечное тестирование). Эти методы основаны на разработанных в 1946 г. профессором Н. А. Бернштейном законах нейрофизиологии мышечных сокращений, в которых он выявил два вида: сознательные (физические) и подсознательные (тонические, контролируемые пропри- и интерорецепторами). Важно отметить, что реабилитолог оценивает корректность работы нервной системы без применения дорогостоящей аппаратуры и специальных приспособлений, проверяя вручную способность мышц спортсмена адаптироваться к внешним воздействиям. Например, отсутствие необходимого мышечного тонуса одной мышцы во время выполнения определенных действий (динамических или статических) неминуемо приводит к компенсаторному включению в работу других мышц – синергистов и мышц отдаленных регионов опорно-двигательного аппарата. Это дополнительная компенсаторная работа может привести к перегрузке и, соответственно, спастике некоторых из них. Следовательно, недостаточно работать только со спазмированной мышцей, а следует искать первопричину спазма. Нередко дисфункции структурного характера могут провоцироваться биохимическими нарушениями или изменениями эмоционального фона. В том и в другом случае методы диагностики и подбора реабилитации при помощи прикладной кинезиологии являются весьма эффективными, так как именно посредством корректировки работы нервной системы, осуществляется комплексный подход к проблеме, это позволяет не только устранить причину нарушений, но и раскрыть внутренний потенциал спортсмена. То есть решается немаловажная для реабилитологов задача максимально возможного развития жизнеспособности человека, его телеснодвигательных и психических потенций, отпущенных природой.

Алгоритм применения методов прикладной кинезиологии:

1. Диагностика – кинезиологические тесты, направленные на поиск слабых звеньев мышечно-скелетной системы и первопричины тонусно-силового дисбаланса.

2. Коррекция – кинезиологические тесты, направленные на поиск причины неправильной работы мышцы с последующим мануально-мышечным тестированием, благодаря которому подбираются методы физической реабилитация, восстанавливающие правильный тонус мышцы.

3. Реабилитация – кинезиологические тесты, направленные на проверку включения тех мышц, которые участвуют в восстановлении при переобучении двигательного стереотипа посредством физической реабилитации.

Наиболее слабые звенья мышечной иннервации, выявленные средствами кинезиологических тестов у атлетов некоторых видов спорта:

У фигуристов, хоккеистов, лыжников из-из фиксации голеностопа не используются активно мышцы стопы, вследствие чего нередко наблюдается снижение активности рефлексов движения этих мышц и нестабильность свода стопы, что приводит к развитию нестабильности также тазового, грудного и шейного регионов из-за патологической активности вертикальных мышечно-фасциальных цепей.

Для легкоатлетов, борцов-вольников, дзюдоистов и боксеров свойственна изолированная нестабильность шейного отдела, нарушение биомеханики черепа и дисфункция неврологического обеспечения.

Также в результате травмы грудной клетки (часто у боксеров) или воспалительного процесса возможна фиксация внутренних органов и, как следствие, ограничение глубины вдоха, снижение силы мышечного сокращения мышц плечевого пояса, следовательно, ослабление силы удара.

У велосипедистов в результате того, что при езде на велосипеде гипотоничны большие ягодичные мышцы часто наблюдается нестабильность тазового региона и, как следствие, компрессия нервов на уровне спазмированных мышц, компенсаторно стабилизирующих таз.

У тяжелоатлетов в большинстве случаев диагностируются грыжи пищеводного отверстия грудобрюшной диафрагмы как результат форсированного вдоха.

Приведенные примеры показывают, что во время реабилитации кроме переобучения локомоторным стереотипам, в процессе которого происходит восстановление тонуса мышц, наиболее активно задействованных в профессиональных движениях атлета, целесообразно выполнять также упражнения, включающие двигательные акты, которые отсутствуют во время тренировок и соревнований.

Актуальность настоящей статьи состоит в том, что рассматриваемые методики тестирования, существенно повышающие эффективность реабилитационных мероприятий благодаря более полному объему выявляемых нарушений и определения их причинно-следственной связи, являются мануальными и несложны в освоении реабилитологами и тренерами.

РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ В РАЗВИТИИ СИСТЕМЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Мамаева М.А.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург

Санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация — неотъемлемые этапы лечебного процесса, направленные на восстановление нарушенных во время болезни, травмы или операции функций органов и систем организма. За последние десятилетия санаторно-курортный сектор отечественного здравоохранения претерпел деструктивные изменения, а медицинская реабилитация является еще молодой отраслью. На этом фоне стал развиваться так называемый медицинский туризм, не предусматривающий участия врачей, которым активно занимаются туристические компании. Это спровоцировало создание абсурдной ситуации, когда направляет на курорт и определяет программу реабилитации не врач, а сотрудник турфирмы, не обладающий соответствующими профессиональными знаниями. Поэтому давно назрела необходимость переориентации современного стихийного медицинского туризма в сторону медицины и его интеграции в систему здравоохранения и социальной защиты населения. Большую помощь в этой работе могут оказать общественные объединения врачей.

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА (Санкт-Петербург), объединившее в своем составе врачей, клинических психологов, коррекционных педагогов, более 6 лет занимается изучением лечебных программ отечественных и зарубежных курортов, более всего — курортов Венгрии. Обмен опытом в области медицинской реабилитации с зарубежными коллегами в рабочих поездках, на международных семинарах и конференциях, несомненно, поможет ускорить внедрение передовых реабилитационных программ в практику отечественных врачей.

В результате многолетней исследовательской работы специалистов Общества определилось несколько наиболее актуальных направлений отечественного здравоохранения, которые нуждаются в скорейшем внедрении современных реабилитационных программ. Это педиатрия, в частности, 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 сердечно-сосудистой систем, а также спортивная медицина. Реабилитационные программы всех перечисленных направлений мы увидели на курортах Венгрии, и это достойный пример хорошо отлаженной системы санаторно-курортной помощи, доступной не только гражданам этой страны, но и иностранным пациентам.

Маленькая Венгрия обладает огромными природными оздоровительными богатствами, прежде всего, большими подземными запасами термальных и минеральных вод, которые умело используются венгерской медициной для лечения различных заболеваний - от патологии опорно-двигательного аппарата до аллергических и эндокринных болезней. 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.

В Венгрии также добывается уникальная лечебная грязь, в основном, 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. На некоторых венгерских курортах есть свои грязевые озера, где добывается лечебная грязь, имеющая свой неповторимый состав, например, на курорте Хайдусобосло, где успешно работают программы лечения псориаза, бесплодия, ревматоидного артрита, остеопороза, заболеваний опорно-двигательного аппарата и т.д.

Кроме того, в Венгрии есть целые системы карстовых пещер, некоторые их них имеют статус лечебных, например, пещера курорта Тапольца, где получают курсы реабилитации пациенты с тяжелыми бронхолегочными и аллергическими заболеваниями, нервными болезнями и т.д. Силами Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» этот курорт был изучен особенно тщательно, и благодаря этому вот уже в течение 3 лет в Тапольце проходят курсы реабилитации группы часто болеющих детей в сопровождении родителей. Этот бесценный опыт перенимается сегодня коллегами из многих городов России, т. к. часто болеющих детей в стране становится все больше год от года.

Венгрия обладает и природными мофетами – сухими углекислыми ваннами, где используется газ, поднимающийся из земных недр в местах бывшей вулканической деятельности, что является большой редкостью даже для стран с развитой санаторно-курортной системой.

Венгрия преуспела в грамотном и разумном управлении всеми перечисленными природными оздоровительными богатствами, создав одну из лучших в мире систем санаторно-курортного лечения. Самая распространенная медицинская специальность в Венгрии – реабилитология, в то время как в нашей стране эта специальность пока еще относится к категории редких. И пока это так, наша санаторно-курортная система будет отставать от европейской.

Преимущественно натуральное питание на венгерских курортах является частью лечебного процесса, а искусственные физические лечебные факторы (электротерапия, магнитотерапия, ультразвук и т.д.), которые по большей части используются в наших отечественных спортивных диспансерах и санаториях, в венгерских программах реабилитации имеют лишь вспомогательное значение.

Специалисты Общества активно делятся накопленным опытом с коллегами, участвуя в тематических конференциях и семинарах, информируют население о возможностях отечественных и зарубежных курортов, предлагая для реабилитации пациентов самые оптимальные варианты санаторно-курортного лечения с учетом всех показаний и противопоказаний.

Несомненно, такая работа специалистов в рамках профессиональной общественной организации служит не только для сплочения наших коллег вокруг актуальных проблем отечественного здравоохранения, но и способствует их скорейшему решению.

РЕКОНСТРУКЦИЯ БИОМЕХАНИКИ ТАЗА В АКТЕ ХОДЬБЫ У ЛИЦ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНСУЛЬТ

Ненахов И.Г., Шевцов А.В.

Санкт-Петербург, НГУ им. П.Ф.Лесгафта

Последствия инсульта головного мозга являются одним из наиболее распространённых причин, приводящих к инвалидизации работоспособного населения. Последствиями данного нарушения является формированию грубых хронических двигательных дефектов, одним из которых является нарушения или утрата механизма ходьбы - локомоторного навыка, который обеспечивается сложной координацией всех звеньев опорно-двигательного аппарата. В ходе реализации неверных восстановительных мероприятий или их отсутствия, формируется ряд компенсаторных механизмов, которые отражаются на качестве и безопасности ходьбы. Как правило, реконструкция данного навыка проходит медленно. Осложнения могут быть обусловлены следующими

неврологическим синдромами: pull и push-синдромы, синдром игнорирования, апраксии и атакасии, нарушение схемы тела и др.

Особую роль в реконструкции биомеханики ходьбы играет таз, так как в его области располагается общий центр тяжести, а также к его костям прикрепляются крупные мышечные массивы, обеспечивающие центральную стабилизацию тела. То есть он играет роль условного биомеханического центра, от состояния и положения которого зависит функциональность выше и ниже лежащих отделов опорно-двигательного аппарата. Как видно, таз – место соединение и перехода больших кинематических цепей, поэтому помимо центральной стабилизации он связан с плечевым поясом и поясом нижних конечностей.

Гипотеза: предполагается, что реконструкция биомеханики таза у лиц перенёсших инсульт, при помощи кинезотерапевтических методик позволит более эффективно реализовать процесс реконструкции навыка ходьбы с уменьшением риска травматизации.

Цель работы - реконструкция биомеханики таза за счёт совмещения методики проприоцептивной нейромышечной фасилитации (PNF) и концепции-Бобат.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих задач:

1. Определить соответствие биомеханики таза с паттернами шага.
2. Определить наиболее распространённые нарушения паттернов таза в акте ходьбы.
3. Разработать подход к реконструкции биомеханики таза в акте ходьбы совмещением кинезотерапевтических методик.

В ходе практической работы были сопоставлены движения таза с основными паттернами методики проприоцептивной нейромышечной фасилитации:

1. Антерио/элевация (вперёд/вверх). Данный паттерн соответствует фазе выноса ноги вперёд, начинается после реактивного отталкивания стопой в финальной фазе опоры и продолжается до полного выноса ноги вперёд (до момента подготовки к фазе амортизации – встречи опоры)
2. Антерио/депрессия (вперёд/вниз) данный паттерн предшествует моменту постановки стопы на опору (фазе амортизации) и наблюдается до фазы вертикальной опоры.
3. Постерио/депрессия (вниз/назад). Данный паттерн соответствует фазе опоры от вертикали и до фазы финального отталкивания. Необходимо учитывать, что вся нижняя конечность в фазе опоры находится в закрытой кинематической цепи, а это значит, что ОЦТ перемещается относительно точки опоры.

4. Постерио/элевация (вверх/назад). Кратковременный паттерн, реализуется в момент отталкивания стопой от опоры, а тазобедренный сустав находится ещё в разгибании.

Таз оказывает большое влияние на функциональное состояние других отделов опорно-двигательного аппарата. Нестабильность тазобедренного сустава, а именно недостаточность или отсутствие постерио/депрессии (слабость ягодичной мышцы) приводит к снижению ощущения опоры, в качестве компенсаторного механизма выступает замыкание коленного сустава в переразгибании.

Также моторика таза оказывает влияние на постановку стопы во время шага. В фазе амортизации - наблюдается варусная установка стопы, отсутствует перекат с пятки. В фазе переноса – из-за нехватки или отсутствия антерио/элевации таза не создаются условия для одновременного финального отталкивания стопой, вместо этого наблюдается наружная ротация стопы.

В работе используется методика PNF (проприоцептивной нейромышечной фасилитации), которая характеризуется функциональной тренировкой опорно-двигательного аппарата и появлением физиологичных паттернов движения. Бобат-концепция – характеризуется принципом терагностики - одновременная диагностика нарушений и терапия, что отражается в деятельности инструктора как выбор тех средств, которые необходимы человеку в конкретный период времени для достижения максимального результата. Совмещение этих методик позволяет интегрировать в работу по реконструкции шага недостающие и нарушенные физиологичные паттерны, а так же их закрепление в условиях повседневной двигательной активности.

Для оперативной оценки качества ходьбы и построения рабочих гипотез причин нарушения техники шага необходимо использовать критерии оценки. В качестве визуальных показателей нами были выбраны:

1. Тест Тренделенбурга - «проваливание» на опорной ноге, наклон туловища в противоположную сторону - слабость ягодичной мышцы (нарушение постерио/депрессии).
2. Разворот туловища в сторону паретичной ноги - гребень подвздошной кости на стороне гемипареза «отстаёт» - ошибка в антерио/элевации.
3. Наклон туловища вперёд (сгибание в тазобедренном суставе и разворот в сторону гемипареза), в момент постановки ноги на опору – ошибка в антерио/депрессии (амортизации шага) и пассивное «проваливание» в постерио/элевацию.
4. Общий центр тяжести находится не перпендикулярно опоре - недостаточность постерио/депрессии.

Заключение:

1. Таз играет роль биомеханического центра тела и от его положения зависит функциональное состояние выше и ниже лежащих звеньев биомеханической цепи.
2. Совмещение кинезотерапевтических методик позволит повысить эффективность процесса реконструкции биомеханики таза за счёт формирования физиологических паттернов движения и интеграции их в повседневную двигательную активность (ходьбу).
3. Для реализации персонального подхода в процессе реконструкции акта ходьбы необходимо создание рабочих гипотез о причинах нарушения биомеханики шага.

О ПРОБЛЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Петрова Н.Г., Погосян С.Г., Миннуллин Т.И., Брацлавский В.Б.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург

В процессе своей профессиональной деятельности медицинский персонал сталкивается с воздействием значительного числа неблагоприятных производственных факторов: механических, физических, химических, психоэмоциональных. Естественно, это не может не влиять на здоровье сотрудников, провоцируя развитие или осложнение заболеваний – как соматического, так и психосоматического характера. Однако до настоящего времени данная проблема изучена недостаточно (особенно с учетом специфики труда разных категорий медицинских работников), а вопросам реабилитации вообще не уделяется сколь-нибудь достаточного внимания.

Целью исследования являлось изучение состояния здоровья медицинских работников (на примере среднего медицинского персонала) и разработка предложений по их реабилитации.

Основным методом исследования являлся социологический (был проведен опрос 600 медицинских сестер из разных регионов России). Кроме того, в течение 30 дней был проведен хронометраж работы старшей медицинской сестры. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel. Использовался также аналитический метод.

Результаты. Оценивая состояние своего здоровья, более половины (57,2%) опрошенных считали себя практически здоровыми; 5,8% указали на наличие частых острых заболеваний, а более чем у трети (37,0%) имелись хронические заболевания. Как и следовало ожидать, с увеличением возраста сокращается доля считающих себя

практически здоровыми и увеличивается – имеющих хронические заболевания: с 18,4% в возрасте до 30 лет до 44,4% в возрасте 50 лет и старше. Наиболее часто отмечаемыми заболеваниями были: патология костно-мышечной системы (44,4% респондентов); системы кровообращения (33,3%); аллергическая патология (22,2%). Медицинские сестры часто отмечали наличие утомляемости (83,3 на 100 опрошенных), раздражительности (61,1%), вегетативных расстройств (44,4%).

Для анализа взаимосвязи уровня здоровья с рядом условий труда, респондентам были заданы вопросы, касающиеся преимущественно тех условий, которые относятся к категории социально-психологических. Большая часть (63,3%) опрошенных отметила, что испытывает чувство перенапряжения в работе (все сотрудники в возрасте 50 лет и старше и 90,5% в возрасте 40-49 лет). Только 36,6% средних медицинских работников были удовлетворены организацией труда. В частности, отвечая на вопрос: «Совпадает ли непосредственная работа с функциональными обязанностями?», 40,0% отметили, что частично совпадает, 32,0% считали, что не совпадает и только 28,0% - что совпадает. 60,0% респондентов считали недостаточной организацию своего рабочего места. Так, 80,0% были не удовлетворены обеспечением средствами индивидуальной защиты и специальной одеждой; 20,0% - уровнем оснащенности отделения современным оборудованием. Работой в целом 46,7 % опрошенных были удовлетворены не в полной мере, 3,3% не удовлетворены вообще. При этом основной причиной неудовлетворенности (указанной в половине случаев) был недостаточный (по мнению опрошенных) уровень оплаты труда. В каждом десятом случае назывались и плохие условия труда. О недостаточной организации труда не только медицинских сестер, но и руководителей сестринских служб свидетельствует тот факт, что по данным хронометража общая продолжительность рабочей смены, старшей медицинской сестры 9 часов 25 минут (вместо нормативного значения 7.7 часов).

Все эти обстоятельства достоверно повлияли на уровень субъективной (которая для медиков в большой степени можно считать и объективной) оценки здоровья. Так, лица, имеющие хроническую патологию и часто страдающие острыми заболеваниями, в достоверно большем ($p<0,05$) проценте случаев по сравнению со здоровыми считали высокой свою нагрузку (соответствующие показатели составили 54,4%; 52,6%; 36,4%). Доля считающих себя практически здоровыми составила 39,2% у оценивающих свой доход как крайне низкий и 71,4% у считавших его средним.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что у значительной части медицинских сестер имеются негативные изменения в состоянии здоровья – как в виде хронических заболеваний, так и в виде жалоб психологического характера, которые в

числе прочего обусловлены значительной нагрузкой на работе, неудовлетворенностью организацией и условиями труда (в т.ч. уровнем его оплаты). Все это может негативно отражаться и на качестве медицинского обслуживания. Поэтому проблема реабилитации медицинских работников (включая психологическую) является достаточно актуальной. Это требует разработки на уровне медицинской организации групповых и индивидуальных программ реабилитации сотрудников.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Потапчук А.А., Казанская Е.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург,

кафедра медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры

Детско-юношеская популяция в России составляет около 30 млн. человек. За последние 20 лет произошло значительное ухудшение состояния здоровья детей и подростков - отмечаются такие негативные тенденции, как феномен децелерации, трофологический синдром, феминизация, психосоматическая астенизация, дисгармонические, метаболические и диспластические нарушения, переход острых форм заболеваний в хронические и рецидивирующие.

В структуре хронических болезней «лидируют» заболевания органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, обменно-эндокринные болезни, заболевания нервной системы. Распространенность функциональных отклонений за последние 20 лет среди юношей 15-17 лет увеличилась на 89%, среди девушек - на 51,6%.

Наиболее агрессивными факторами, которые на современном этапе значимо влияют на формирование здоровья школьников, являются:

1. Высокий объем учебных и внеучебных нагрузок, интенсификация процесса обучения, дефицит времени для усвоения информации, уменьшение продолжительности сна и прогулок. Все эти факторы являются психотравмирующими и оказывают стрессорное воздействие на развивающийся организм.
2. Низкая двигательная активность. Дефицит двигательной активности уже в младших классах составляет 35-40%, а среди старшеклассников – 75-85%. Уроки физкультуры только на 10-18% компенсируют дефицит движений.
3. Несоблюдение гигиенических требований. Так, учебная нагрузка превышает допустимую в зависимости от возраста на 10-80%, расписание составляется без

учета суточной и недельной динамики работоспособности, отмечается низкий охват школьников горячим питанием. Организация внешкольных занятий протекает стихийно, никем не регулируется.

4. Распространение вредных привычек. Данные мониторинга за 20 лет выявили две основные тенденции среди молодежи: прирост числа девушек, имеющих вредные привычки и снижение возраста начала потребления наркотиков, алкоголя, курения.

Наряду с перечисленными тенденциями состояния здоровья детей и подростков не занимающихся спортом, в научных исследованиях подчеркиваются особенности реакции организма современных юных спортсменов, вызывающие тревогу у специалистов. Так, у юных спортсменов наблюдаются высокая пульсовая стоимость физических нагрузок, появление менархе на фоне полудетской стадии развития вторичных половых признаков, высокая частота нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата, соматические заболевания, нередко приобретающие хроническое течение. У юных спортсменок, занимающихся видами спорта, связанными с ранней специализацией (плавание, гимнастика, фигурное катание) встречаются в пубертатном периоде нарушения менструального цикла: дисменорея, альгодисменорея, ювенильные кровотечения и др.

Вместе с тем, ряд исследователей отмечают неуклонный рост нарушений режима дня, сна и отдыха юных спортсменов, несбалансированное питание, употребление продуктов фаст-фуд, нарушение личной гигиены и даже наличие вредных привычек: курение, употребление пива и др.

Основными недостатками медицинского обеспечения юных спортсменов являются: отсутствие систематической работы по оздоровлению, гигиеническому воспитанию и обучению здоровому образу жизни.

По данным городского врачебно-физкультурного диспансера среди заболеваний опорно-двигательного аппарата у юных спортсменов в 48% встречается синдром соединительнотканной дисплазии, в 70% нарушения осанки во фронтальной и сагиттальной плоскостях, в 7% сколиоз, в 45% плоскостопие, в 35-40% ювенильный остеохондроз и нестабильность шейного отдела позвоночника. Общепринятое мнение, что при занятиях спортом создаются условия для укрепления опорно-двигательного аппарата, опровергнуты рядом исследователей. В связи с этим возникает необходимость включения занятий дифференцированной лечебной гимнастикой у спортсменов как в диспансерах, реабилитационных центрах, так и в домашних условиях.

Перечисленные негативные тенденции уменьшают число здоровых спортсменов и тренерам приходится работать с юными спортсменами, уже имеющими отклонения в состоянии здоровья.

Учет фенотипа спортсменов необходим для повышения качества и эффективности подготовки, так как форсированные нагрузки приносят вред организму и личности юных спортсменов.

В спорте важен отбор детей и подростков, способных без вреда для здоровья переносить значительные физические и психоэмоциональные нагрузки.

Таким образом, укрепление здоровья молодежи, формирование навыков здорового образа и стиля жизни, культуры здоровья являются особенно актуальными на современном этапе как среди детей и подростков, не занимающихся спортом, так и среди юных спортсменов.

САНАТОРНО – КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО САНАТОРИЯ

Прочан В.Н.

ГБУ Республики Крым «Санаторий для детей и детей с родителями «Орленок»,

г.Евпатория

Введение. Заболевания опорно-двигательной системы у детей по частоте выявления занимают одно из первых мест в структуре детской заболеваемости. Такие заболевания, как дегенеративно-дистрофические поражения крупных суставов и позвоночника, воспалительные заболевания (ревматоидный артрит, хронический гематогенный остеомиелит), сколиоз, последствия травм, системные проявления дисплазии соединительной ткани, состояния после оперативных вмешательств при врожденной или приобретенной патологии, при несвоевременной диагностике и лечении могут привести к тяжелой инвалидности в зрелом возрасте. При этом данные заболевания часто имеют вторичные ортопедические осложнения в виде ограничений движений в суставах и позвоночнике, а в ряде случаев приводят к выраженным контрактурам крупных суставов, которые значительно ограничивают функцию, выраженной гипотрофии мышц и болевому синдрому. Лечение этих заболеваний должно быть длительным и непрерывным с использованием всех возможных методов ортопедической коррекции в сочетании с санаторно-курортным лечением и применением комплекса природных и преформированных факторов, аппаратной механотерапии, лечебной физкультуры, массажа, методов ортезирования и корсетирования. Не менее важную роль в лечении

детей с заболеваниями опорно-двигательной системы имеют место психотерапевтические и арттерапевтические технологии.

Материал и методы. В основу работы положен результат лечения 540 пациентов школьного возраста за период с 2010 по 2015 годы, имеющих следующую ортопедическую патологию: асептический некроз головки бедренной кости, последствия скелетной травмы, последствия хронического гематогенного остеомиелита, дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (ювенильный остеохондроз, идиопатический и врожденный сколиоз), дисплазия соединительной ткани. Критериями отбора являлись больные, имеющие осложнения в виде ограничений движений, стойких контрактур, болевого синдрома, сколиоз 2 степени и выше по классификации Кобба.

Всем больным при поступлении в санаторий проводилось комплексное клинико-рентгенологическое обследование, клинические и биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование, оценка по ВАШ, психологическое тестирование.

После обследования назначалась программа лечения в зависимости от стадии процесса и степени функциональных нарушений: при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов применялся режим временной разгрузки суставов. Для улучшений гемодинамики и снятия болевого синдрома назначалась аппаратная физиотерапии (лазеротерапия, магнитотерапия, лекарственный электрофорез, электростимуляция, рефлексотерапия). ЛФК проводилась в виде индивидуальных и групповых занятий. Водолечение применялось в виде минеральных ванн и подводного гидромассажа и как заключительный этап при отсутствии противопоказаний – грязелечение. При сколиозе 2-3 степени и выраженном кифозе применяли корсет Шено который обеспечивал трехплоскостную коррекцию деформации. Применение корсетирования не исключало лечения с применением санаторно-курортных факторов. Продолжительность лечения в санатории таких пациентов составляла 30-45 дней в зависимости от формы заболевания и степени нарушения функции.

Результаты. Результаты лечения оценивались при выписке из санатория. Полное отсутствии болевого синдрома отмечено у 78% больных, значительное ослабление боли – у 22%. Увеличение объема движений в суставах отмечено у 65% больных, полный объем движений отмечен у 35%. Увеличение физической активности отметили 85% больных.

Выводы. Таким образом, применение индивидуальных и комплексных программ лечения в условиях специализированного санатория детям с заболеваниями опорно-двигательной системы и имеющих ортопедические осложнения, длительностью не менее 30-45 дней, доказало свою эффективность в плане снижения или ликвидации болевого

синдрома, увеличения объема движений в суставах, уменьшение выраженности сколиоза или кифоза и увеличило двигательную активность пациентов.

ОДНОВРЕМЕННАЯ БЕСПРЕРЫВНАЯ СПИРОАРТЕРИОКАРДИОРИТМОГРАФИЯ В МЕТОДОЛОГИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ АДАПТАЦИИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Рубинский А.В., Носкин Л.А., Заровкина Л.А.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, ФГБУ «Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова Национального исследовательского центра «Курчатовский институт», Санкт-Петербург

Актуальность. Появление в последнее время понятий реабилитационного прогноза, потенциала и диагноза, основанных на положениях международной классификации функционирования, потребовало развития методологии объективной экспрессной диагностики функциональной достаточности ответственных за адаптацию регуляторных систем (сердечно-сосудистой и дыхательной) для выявления индивидуальных реакций на реабилитационную нагрузку. В проводимой работе делается акцент на следующие аспекты: методология физических воздействий и прогнозирование индивидуального варианта реабилитационного эффекта. Это позволит обосновать как выбор форм проведения, так и критериев, наиболее адекватно регистрирующих динамику функциональных дизрегуляций на основе вариабельности сердечного, сосудистого и дыхательного ритмов.

Цель работы. Совершенствование методологии исследования модальности и индуцибельности регулирующих систем организма, чувствительных к малым воздействиям в процессе реабилитации.

Материал и методы. Исследование проведено на популяции студентов, не отягощенной верифицированной патологией. Проведен спектральный и статистический анализ вариабельности показателей основных адаптационных систем в покое, пробе с фиксированным режимом дыхания и при пробе со ступенчатовозрастающей физической нагрузкой

Результаты. Проведен анализ взаимосвязи напряжения основных адаптационных систем в покое и при физической нагрузке. Выявлены наиболее информативные показатели для определения уровней напряженности сердечно-сосудистой системы, по

которым определены функциональные соотношения между показателями регуляции артериального давления, частоты сердечных сокращений и показателями регуляции вентиляции легких в покое, пробе с фиксированным режимом дыхания и при пробе со ступенчатовозрастающей физической нагрузкой.

Выводы. Варианты адаптации сердечно-сосудистой системы в условиях гиперкапнии не схожи с изменениями в условиях физической нагрузки. С учетом предварительных результатов, демонстрирующих выраженную сенситивность системы регуляции периферического артериального давления предпочтительным становится предположение о ведущей роли нейроэндокринных механизмов регуляции сердечно-сосудистого гомеостаза при адаптации к физическим нагрузкам.

ОСОБЕННОСТИ АКВА-ЙОГИ КАК АЛЬТЕРНАТИВНОГО СРЕДСТВА ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Руденко Р.В., Грачиков А.А.

СПбГБУСОН «ЦСРИиДИ Калининского района», ФГБОУ ВО «НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург»

В последние годы в практику инновационных реабилитационных методик получили широкое распространение и стали весьма популярными методики, основанные на нетрадиционной медицине. Особое место среди аутентичных видов массажа и прочих процедур занимает йога. Являясь комплексной системой оздоровления организма, она способна не только избавлять от симптомов ряда заболеваний, но и бороться с причиной недугов. Однако, как комплексная система физического воспитания йога является технически сравнительно сложной и для овладения рядом асан требуется серьезная физическая подготовка. Поэтому, некоторое время назад наметилась тенденция к созданию программ, основанных на упрощении наиболее сложных элементов, разработанных как для широкой публики, так и для отдельных категорий пациентов. Одним из наиболее популярных направлений в этой сфере является йога Айенгара, основным принципом которой является использование при выполнении упражнений специального инвентаря, облегчающего нагрузку на отдельные суставы и мышцы, и позиционируемого как вариант йоги для физически слабых и неподготовленных людей. Однако, при ряде заболеваний, даже и упражнения йоги Аенгара являются трудновыполнимыми для большинства пациентов.

Одним из передовых методов, сочетающих в себе сразу несколько позитивных аспектов, является аква-йога, основанная на выполнении упражнений классической йоги в водной среде. Особой популярностью пользуются программы аква-йоги, разработанные для беременных женщин. Однако, использование программ аква-йоги в качестве средства реабилитации людей с ограниченными возможностями еще не получило широкого применения в повседневной практике, несмотря на кажущийся значительным потенциал.

Аква-йога – направление в современной практике, которое предполагает проведение занятий в водной среде. Появилась данная методика сравнительно недавно. Ее создателем является Франсуаза Фридман, социальный антрополог из Кембриджа, пловчиха и увлеченный практик йоги. Несмотря на молодость этого направления, оно быстро стало популярным как в Европе, так и в России, где аква-йогу можно встретить в программе многих фитнес-клубов.

Аква-йога представляет собой методику, включающую в себя большое количество традиционных для йоги упражнений – асан и пранаям. Основное же отличие этого направления в том, что благодаря эффекту, оказываемому водной средой на организм, снижается нагрузка на суставы и мышцы, при этом эффективность практики остается на прежнем уровне, благодаря тому, что снижение нагрузки происходит равномерно. Кроме того, при выполнении упражнений в воде, из-за эффекта вязкости, значительно снижается риск падений и травм, а вес собственного тела частично компенсируется плотностью воды. Благодаря вышеупомянутому эффекту этот вид йоги становиться доступным для людей с различными нарушениями здоровья, и в первую очередь с нарушениями опорно-двигательного аппарата, что позволяет с успехом использовать его в качестве дополнения к существующим программам реабилитации.

Как и в практике классической йоги, занятия аква-йогой включают в себя гимнастические упражнения – асаны, адаптированные для выполнения в воде, и дыхательную гимнастику – пранаяму, а также, релаксационные техники. Отличительной особенностью занятий аква-йогой является преобладание на уроке динамических поз над статическими. Благодаря расслабляющему и успокаивающему воздействию, оказываемому водой на организм, практика аква-йоги способствует нормализации артериального давления, улучшению процессов пищеварения, стимулирует здоровый и продолжительный сон.

Преимущества преобладания изокинетических сокращений в процессе занятия заключаются в следующем:

- улучшение нервно-мышечной координации, за счет увеличения числа вовлекаемых в работу мышечных волокон;

- увеличение мышечной силы мышцы на всем диапазоне движения;
- управление скоростью движения позволяет значительно снизить вероятность получения травм, что особенно важно в послеоперационные периоды и периоды реабилитации;
- улучшение общей выносливости.

При адаптации асан к выполнению в воде, классические приемы их выполнения модифицируются для создания дополнительного сопротивления во время вращения, наклонов и боковых вытяжений. Исполнения асан основано на использовании центра тяжести в качестве центра гравитации и фундамента для нахождения баланса. Использование приспособлений для флоатинга и особенно гибких поплавков позволяет даже тем, кто не умеет плавать, быстро прогрессировать в аква-йоге, от того момента, когда они используют поручни и стенки бассейна, до того, когда смогут позволить себе держаться на плаву. Гораздо в большей степени, нежели на суше, могут использоваться последовательности динамичных упражнений выполняемых энергично.

Аква-йогу рекомендуется практиковать в условиях бассейнов, где температура воды варьируется от 30 до 32 градусов Цельсия. При более низкой температуре воды может потребоваться специальная термоодежда или включение в практику энергичных движений для сохранения тепла. Температура воды выше 34 градусов может быть небезопасна для беременных женщин и пожилых людей.

По словам создателей и последователей аква-йоги, данное направление йогической практики не имеет особых ограничений и противопоказаний. Однако, несмотря на растущий интерес со стороны потребителей и потенциал к использованию в сфере реабилитации, до сих пор не существует какой-либо достоверной информации о проведенных исследованиях по оценке использования данной методики в сфере реабилитации. Иными словами, научная база не обладает достаточной степенью достоверности для того, чтобы можно было сделать обоснованные выводы об эффективности данного подхода.

Аква-йога требует дальнейшего изучения с использованием современных методик и проведением ряда научных экспериментов, которые помогут получить объективный ответ на вопрос об эффективности применения этого метода в практике реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И АДАПТАЦИИ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Сабирова Ш.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Значение проблемы адаптации в спорте определяется, прежде всего тем, что организм спортсмена должен приспосабливаться к физическим нагрузкам за относительно короткий промежуток времени. Именно скорость наступления адаптации и ее длительность во многом определяют физическое состояние и тренированность спортсмена. В этой связи значительный научный интерес для практики спорта представляет разработка системного обоснования адаптации и ее длительность во многом определяют физическое состояние и тренированность спортсмена. В этой связи значительный научный интерес для практики спорта представляет разработка системного обоснования адаптации организма в процессе достижения высшего спортивного мастерства.

Цель исследования: выявить особенности адаптации и антропометрических показателей у юных спортсменов

Методы и материалы исследования. Было обследовано 50 юных спортсменов (24 мальчиков и 26 девочек), занимающихся в спортивных школах. Возраст обследуемых от 11 лет до 17 лет. Большая часть обследованных учащихся занималась в спортивных секциях по различным видам спорта с 6-7 лет. В качестве контрольной группы были изучены параметры 20 учащихся, занимавшихся физической культурой в школе. Проводились антропометрия, соматоскопия, изучение спортивного анамнеза, функциональные методы исследования, изучение вегетативный нервной системы.

Результаты исследования. Среди обследованных детей более половины – 72% - имели нормальные значения физического развития. Снижение роста выявлено у 16% пациентов. Полученные данные в целом отражают закономерности возрастного развития, например, по динамике длины и массы тела, а также по окружности грудной клетки, жизненной емкости легких, обхвату бедра, коленного сустава, длине ноги. Важным показателем физического развития является его гармоничность. Гармоничность физического развития подтверждают показатели весоростового индекса и показатели крепости телосложения –индекса Пинье. Гармоничное физическое развитие имело место у 50% спортсменов и у 47% детей группы сравнения. Однако преимуществом в темпах приростов ведущих признаков развития и физических качеств обладают юные

спортсмены, которые систематически занимаются физическими упражнениями, в отличие от учащихся с пассивным ограниченным уровнем двигательной активности. В группе юных спортсменов процент нормотонической реакции достоверно выше, чем к контрольной группе, где чаще регистрировались признаки симпатикотонии.

Выводы. Систематические занятия физкультурой приводят к адаптации организма к выполняемой физической работе. В организме во время выполнения физических нагрузок происходит множество различных процессов в разных органах и системах. Антропометрические показатели юных спортсменов в целом отражают закономерности возрастного развития, однако имеют особенности, что требует разработки специализированного модуля антропометрических показателей, совершенствования системы оценки физического развития юных спортсменов с целью решения задач отбора, а также коррекции и управления тренировочным процессом.

ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Соломкина Н.Ю.[1], Сергеева И.О.[2], Головко Т.А.[2], Котова В.Н. [2], Константинов К.В.[3]

[1]ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, [2]детский психоневрологический санаторий «Комарово», [3]ООО "Научно-исследовательское объединение "Клиника биоакустической коррекции", Санкт-Петербург

Комплексная реабилитация детей и подростков с различной психоневрологической патологией на этапе санаторно-курортного лечения включает проведение базисных и специальных физиотерапевтических мероприятий. Дифференцированный выбор метода базисной физиотерапии во многом определяет клиническую динамику пациентов. Целью физиотерапии является оптимизация нейровегетативного и метаболического статуса пациентов, создание условий для развития когнитивных и двигательных функций, нормализация эмоционального тонуса. Пациенты 1,5-17 летнего возраста получали санаторно-курортное лечение в детском психоневрологическом санатории «Комарово» по поводу резидуально-органического поражения центральной нервной системы, детского церебрального паралича, неврозоподобных состояний, синдрома гиперактивности с дефицитом внимания, задержки психического и речевого развития, симптоматической эпилепсии, синдрома Дауна. Методы обследования включали необходимый комплекс, согласно стандартам для каждой нозологии. В методах коррекции использовали

традиционную медикаментозную терапию и дифференцированно назначавшиеся физиотерапевтические методы. Достижение упомянутой цели физиотерапии обусловлено антигипоксическим, ангиопротективным, седативным, вегетокорригирующим эффектами, стимуляцией дифференцировки тканей, метаболической и иммунокоррекцией. При назначении процедур предпочтение отдавали общим и рефлекторным методикам, вегетозависимым, иммунокомпетентным и сегментарным зонам. Наиболее эффективными с длительным (до года и более) последействием от проведенных курсов процедур были:

- гальванизация и лекарственный электрофорез биоэлементов и препаратов ноотропного ряда, проводимые по глазнично-затылочной методике Бургиньона, воротниковой методике Щербака, общей методике Вермеля, продольной (шейно-поясничной) методике;

- электросон, проводимый с традиционным дозированием параметров процедуры и преимущественно с ежедневными процедурами и максимальной продолжительностью курсов по возрасту пациентов;

- транскраниальная электростимуляция (метод профессора В.П. Лебедева) с предпочтением биполярного режима и разработанного нами дозирования амплитуды тока и продолжительности процедур по возрасту пациентов;

- постоянное низкочастотное магнитное поле с преимущественным использованием аппарата «Колибри»;

- крайне высокочастотная терапия с назначением в одной процедуре не более двух облучаемых полей, не более двух длин волн, преимущественно 5,6 и 7,1 мм и малой (не более 5 минут) продолжительностью облучения одного поля и короткого курса процедур;

- фотохромотерапия, проводимая с использованием светодиодов и светофильтров и облучением вегетозависимых, иммунокомпетентных и сегментарных зон синей (421-495 нм), зеленой (496-566 нм) и, реже, красной (628-780 нм) полосами оптического диапазона по стабильной и, реже, сканирующей методике, с дифференцированной продолжительностью облучения в процедурах и продолжительностью курсов процедур, согласно возрасту детей;

- биоакустическая коррекция (акустический образ энцефалограммы), метод к.б.н. К.В. Константинова, проводимая ежедневно, продолжительными курсами – не менее 10-12-15 процедур;

- бальнеотерапия – бишофитные, соляно-хвойные, валериановые, йодо-бромные ванны, проводимые ежедневно или через день с максимально допустимой продолжительностью курсов процедур по возрасту пациентов.

Результаты поведенной коррекции у пациентов, получавших физиотерапию в структуре этапной терапии и санаторно-курортного лечения, отличались стабильностью позитивных изменений в неврологическом статусе, ускорении темпов развития когнитивных функций и их качества, купировании гиперактивности и агрессии, стабилизации ритмов сна и бодрствования, облегчении развития навыков общения и самообслуживания, улучшении психоэмоционального состояния родителей пациентов. Таким образом, базисная физиотерапия на этапе санаторно-курортного лечения детей и подростков с психоневрологическими расстройствами является необходимым направлением для достижения длительных кумулятивных эффектов в улучшении состояния здоровья детей.

ЭТАПНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ДЕВОЧЕК С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТАНОГО ПЕРИОДА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТРУКТУРЕ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Соломкина Н.Ю., Гуркин Ю.А., Баласанян В.Г., Пикалева Е.Ю., Акимова Т.П., Алексеева Н.П.

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, СПбГПМУ, ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова, РЦ ДС «Детские Дюны», Санкт-Петербург

Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) являются одним из наиболее часто встречающихся расстройств репродуктивной системы у девочек. К причинам МКПП относятся нарушения гормональной регуляции, неблагоприятный перинатальный анамнез и травматизм в родах, перенесенные черепно-мозговые травмы, морфологическая и функциональная незрелость внутренних гениталий, вегетативный и метаболический дисбаланс, нарушение ритмологической активности и питания, острые и хронические инфекции/интоксикации, стресс, нарушения свертывающей и противосвертывающей системы крови, сопутствующая экстрагенитальная патология, неблагоприятная наследственность и др.. В настоящее время стандарты оказания помощи пациенткам с МКПП, наряду с медикаментами, содержат весьма скудные возможности применения физиотерапии (только эндоназальный электрофорез витамина B_1), что значительно снижает эффективность лечения и увеличивает необходимость назначения гормонального гемостаза с последующей гормональной коррекцией. Целью исследования было обоснование и разработка методик физиотерапевтической помощи (лечения,

реабилитации и профилактики) пациенткам с МКПП и сопутствующей экстрагенитальной патологией в возрасте 10-18 лет. Стартовое и динамическое обследование проводилось согласно существующим стандартам для данной патологии, оценка эффективности мероприятий проводилась в процессе наблюдения и в катамнезе от 6 месяцев до 10-15 лет. Учитывая, что все пациентки получали сходную медикаментозную терапию, эффективность проводимых мероприятий зависела от различий физиотерапевтической тактики. Разработанные и в течение более двадцати лет успешно внедряемые в клиническую практику методики физиотерапии позволили улучшить общее состояние пациенток, стимулировать контрактильную активность матки, уменьшить болевой синдром, снизить объем кровотечения и его продолжительность, стимулировать гемопоэз и иммунологическую реактивность организма, стабилизировать вегетативную сферу и оптимизировать состояние всех звеньев репродуктивной оси. Физиотерапевтические мероприятия проводились этапно, от уровня оказания неотложной помощи и до стабилизации менструального цикла и сопутствующих расстройств. Из базисных физических факторов назначали гальванизацию и лекарственный электрофорез биоэлементов и сосудистых препаратов, электросон, ТЭС терапию, дарсонвализацию, крайне высокочастотную терапию по разработанными нами методикам, магнитолазерную и магнитотерапию, фотохромотерапию, локальную криотерапию, бальнеотерапию, санаторно-курортное лечение в условиях местного санатория-курорта. Методики проведения процедур были преимущественно рефлекторными, дозирование параметров процедур проводилось дифференцированно, с учетом возраста и конституции пациенток, с целью минимизации энергетической нагрузки и возможности дифференцированной оценки проводимых мероприятий. В результате проведенного исследования у более 80 % пациенток отмечена нормализация менструального цикла, менее, чем у 3 % отмечались рецидивы МКПП, у 45 % пациенток значительно улучшились показатели жирового обмена, у 65 % снизилась частота обострений интеркурентной патологии, более, чем у 70 % значительно уменьшись клинические проявления вегетативной дисфункции, более 5 % пациенток родили здоровых детей. Показатели здоровья пациенток, получавших назначенные физиотерапевтические мероприятия, в том числе, санаторно-курортное лечение, были существенно выше, по сравнению с таковыми в группах девочек, не получавших физические методы лечения или длительно получавших массивную медикаментозную, в том числе гормональную, терапию. Наилучшие результаты получены в группе пациенток 15-летнего возраста. Таким образом, для улучшения здоровья девочек и, в целом, улучшения репродуктивного потенциала нации, необходимо расширение существующих стандартов оказания помощи девочкам с МКПП более разнообразным и

дифференцированным внедрением этапной физиотерапии, с учетом разработанных эффективных методик. При условии эффективности гемостатической симптоматической терапии с участием физических методов (токи низкой и высокой частоты, электромагнитные колебания миллиметрового диапазона, светолечение) и дальнейшей физиотерапией, проводимой в циклическом режиме, в определенные сроки менструального цикла, возможно стабильное восстановление менструальной функции и улучшение состояния здоровья пациенток в целом. При неэффективности гемостатической симптоматической терапии и тяжелой анемизации пациентки и назначения гормонального гемостаза с последующей гормональной коррекцией, физиотерапевтические реабилитационные мероприятия проводятся для поддержания циклической активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (ГГЯС) после отмены гормональной поддержки и являются не менее клинически значимыми.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

Терентьев Ф.В.; Потапчук А.А.

НГУ им. П.Ф.Лесгафта, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург

Физическая реабилитация подразумевает под собой лечебно-педагогический процесс. Основными средствами физической реабилитации являются физические упражнения, элементы спорта, игры и другие виды двигательной активности человека. Данные средства в первую очередь являются педагогическим и образовательным процессом. Эффективность этого процесса непосредственно зависит от того, насколько специалист владеет методиками и педагогическими знаниями. Именно наличие обучения и воспитания делает данный процесс педагогическим. На основе вышеизложенного, можно сделать вывод, что законы и правила общей педагогики, и теории и методики физической культуры имеют высокое значение в деятельности реабилитолога. Встает вопрос какими качествами должен обладать специалист, который работает с данным контингентом? Он должен быть:

- грамотным педагогом, специалистом по физической культуре;
- обладать глубокими знаниями сущности патологических процессов и болезней;
- он обязан уметь подбирать оптимальные методики и средства, для наиболее эффективного реабилитационного процесса;

- знать правила по варьированию нагрузки для каждого пациента;

- оперировать знаниями психологии.

Процесс реабилитации детей с онкопатологией сложный и многоплановый.

Важным аспектом в современной физической реабилитации является индивидуальный подход к больному, принцип постепенного увеличения физической нагрузки, систематичности ее проведения. Обращает на себя внимание важность учета психологического фактора, мотивации больного к предлагаемому лечению.

Специалист, работающий с детьми больными онкологией, должен обладать не только медицинскими, но и специфическими педагогическими знаниями и навыками, - подобное сочетание наиболее эффективно в процессе реабилитации.

В настоящее время нами апробируется методика физической реабилитации детей с онкопатологией после трансплантации костного мозга. Данная методика основывается на педагогических принципах и состоит из девяти вариативных комплексов, которые различаются в зависимости от возраста, этапа реабилитации ребёнка и будут опубликованы после полученных результатов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Умирова С.М., Гайбиев А.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника занимают первое место по распространенности среди населения планеты, среди которых наиболее часто встречается остеохондроз позвоночника.

Цель исследования. Изучить эффективность биологической обратной связи (БОС) в комплексной терапии больных с задним шейным симпатическим синдромом.

Материалы и методы. Нами были обследованы 45 пациентов в возрасте от 19 до 49 лет (средний возраст 35±5 лет) с длительностью заболевания от 2 до 8 лет. Все больные рандомизированно по способу лечения были распределены на 2 группы: I основная группа, 25 пациентов получали на фоне традиционной терапии сеансы БОС с коррекцией психоэмоционального состояния с предварительным проведением постизометрической релаксации соответствующих мышц. II группу сравнения составили 20 больных, которые получали общепринятый комплекс лечения (медикаментозная терапия, лечебная физическая культура, массаж, амплипульстерапия); Ведущее место среди средств

физической реабилитации отводится физическим упражнениям, которые являются основой правильного построения медицинской реабилитации. Лечебная гимнастика в шейном отделе позвоночника назначают в остром периоде заболевания. Широко используют маховые движения для верхних конечностей. Их проводят в условиях максимального расслабления мышц плечевого пояса. После стихания болевого синдрома лечебная гимнастика направлена на укрепление мышц шеи и плечевого пояса. Включают динамические и статические упражнения, которые чередуются с дыхательными и упражнениями на расслабление мышц.

Результаты. После проведенного лечения в контрольной группе больных на фоне общепринятой терапии отмечалась тенденция к снижению индекса мышечного синдрома (ИМС) на 25,8% (с 12,6±1,5 до 9,1±1,2; P>0,1), "клинического индекса" (КИ)на 13,2% (с 7,4±0,5 до 6,2±0,7; P>0,1), электромиографических показателей "фоновой" активности со спастичных мышц на 14,3% (P>0,1), интенсивности боли поВАШ на 11,9% (с 7,3 баллов до 6,5 баллов; P>0,1); значительное улучшение выявлено у 4 (21,2%) больных, незначительное улучшение у 11 (62,3%), отсутствие эффекта у 3(15,7%). У больных, лечение которым проводили с включением БОС отмечалось снижение ИМС на 47,5% (с 12,7±1,4 до 6,8±1,2; P 0,01), КИ на 44,5% (с 7,7±0,6 до4,2±0,5; P 0,001), электромиографических показателей на 30,5% (P 0,01), интенсивности боли по ВАШ на 53,3% (с 7,6 баллов до 3,7 баллов; P 0,05); значительное улучшение получено у 12 (72,6%) больных, незначительное улучшение у 5 (27,4%).

Выводы. Таким образом, включение в лечение БОС с коррекцией психоэмоционального состояния нормализует эмоциональный фон больных, мышечный тонус, что повышает эффективность их реабилитации. Восстановительное лечение в методологическом плане едино, но должно учитывать индивидуальные особенности организма больного, локализацию патологического процесса, стадию заболевания, его возраст и переносимость нагрузок.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ 8-10 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА СРЕДСТВАМИ ФИТНЕСА

Цаллагова Р.Б., Березкина Ю.Е.

НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

В настоящее время проблема нарушения осанки является одной из наиболее распространенных в современной медицине. Несмотря на существование нескольких

гипотез возникновения нарушения осанки у детей (нарушение мышечного равновесия, нарушение обмена соединительной ткани, нарушение роста тел позвонков), неоспоримым является тот факт, что состояние опорно-двигательного аппарата вокруг позвоночника, а именно околопозвоночных мышц и связок, обуславливает появление и прогрессирование нарушения осанки.

Осанка у детей формируется в процессе роста организма и изменяется в зависимости от условий быта, учебы, труда, занятиями физическими упражнениями. Достаточная двигательная активность является необходимым условием гармоничного развития ребенка на всех этапах его развития, а в современных условиях в силу высокой учебной нагрузки в школе, дома и других причин, у большинства школьников отмечается выраженный дефицит двигательной активности. У младших школьников произвольная двигательная деятельность (ходьба, игры) занимает только 16-19% времени суток, из них на организованные формы физического воспитания приходится лишь 1-3% . Школьникам не только приходится ограничивать свою естественную биологическую двигательную активность, но и длительное время поддерживать неудобную для них статическую позу, сидя за партой или учебным столом, что требует иметь хорошо развитые мышцы спины. У малоподвижных детей мышцы спины и живота развиты недостаточно, вследствие чего детям трудно удерживать спину в правильном положении. Эти причины приводят к нарушению осанки у детей.

В связи с высокой частотой нарушения осанки у детей становится актуальным вопрос профилактики нарушений осанки средствами физической культуры, направленными на воспитание физических качеств.

В настоящее время расширяется спектр средств физической культуры за счет появления помимо традиционных, разнообразных технологий (фитнес и его разновидности, аэробика, пилатес и другие).

Целью нашего исследования явилась изучение эффективности комплекса корригирующих упражнений при нарушениях осанки у детей младшего школьного возраста средствами фитнеса.

Под нашим наблюдением находилось 20 детей 8-10 лет с нарушением осанки (13 мальчиков, 9 девочек). Из них у 10 детей было выявлено нарушение осанки в виде сутулости, у 9 детей была диагностировано нарушение осанки во фронтальной плоскости. Диагноз был установлен врачом-ортопедом.

Дети были разделены поровну на 2 группы. Первой группе был предложен комплекс фитбол-гимнастики, направленный на укрепление крупных мышц туловища, развитие баланса и вестибулярного аппарата. Комплекс пилатес, предложенный второй

группе, был направлен на укрепление глубоких мышц туловища, особенно мышц, расположенных вдоль позвоночника и поддерживающих его, на развитие подвижности позвоночного столба, на вытяжение позвоночника. При выполнении упражнений особенное внимание уделялось правильному дыханию. Занятия проводились 3 раза в неделю по определенной схеме, длительность занятия составляла 45 минут. Эксперимент длился 4 месяца.

До начала и после окончания программы проводилось тестирование по методике, общепринятой в физическом воспитании. Полученные результаты сравнивались с нормативами, представленными в методической литературе. Батарея тестовых заданий состояла из следующих упражнений: подъем спины из положения лежа на животе (кол-во раз), характеризующее динамическую силу мышц; удержание спины из положения лежа на животе, характеризующее статическую силу мышц; подъем туловища из положения лежа на спине (кол-во раз за 30 секунд), характеризующее развитие мышц живота; наклон вперед из положения сед ноги вместе, характеризующее подвижность в тазобедренных суставах. Данные упражнения позволяют оценить физическую подготовленность под воздействием системы фитнес-упражнений.

Уровень выполнения контрольных упражнений в начале и в конце эксперимента выявил, что практически во всех видах контрольных испытаний снизилось количество детей с низкими результатами тестирования. В результате проведенного эксперимента увеличилось количество детей, успешно выполнивших контрольные нормативы и показавших более высокий уровень развития мышечной силы (табл.1).

Таблица 1

Результаты выполнения тестовых испытаний в начале эксперимента					
	Сила мышц спины		Сила мышц живота	Сила мышц ног	Наклон вперед
	динамическая	статическая			
Мальчики	36,3±0,2	92,2±0,4	32,2±0,2	30,6±0,3	3,6±0,2
Девочки	30,4±0,2	90,6±0,1	30,9±0,3	30,6±0,2	7,9±0,2
Результаты выполнения тестовых испытаний в конце эксперимента					
	Сила мышц спины		Сила мышц живота	Сила мышц ног	Наклон вперед
	динамическая	статическая			
Мальчики	37,1±0,2	108,8±0,1	38,9±0,2	34,8±0,1	5,0±0,3
Девочки	34,4±0,2	103,1±0,3	34,4±0,1	33,9±0,1	9,1±0,2

Особенно заметно это было при тестировании мышц спины (статической силы) для девочек и мышц живота для мальчиков. Возросшие под влиянием фитнес упражнений физические кондиции оказали положительное влияние на формирование мышечного

корсета ребенка и способствовали изменениям осанки у занимающихся в обеих группах. Эффективность предложенных фитнес комплексов была одинакова.

Результаты повторного медицинского осмотра показали, что из 20 детей у 15 занимающихся (75%) наблюдалось улучшение состояния осанки и у 5 детей (25%) без изменения.

Таким образом, из приведенного эксперимента следует, что детям с нарушениями осанки необходимо увеличивать объем произвольной двигательной активности и для коррекции осанки следует использовать разнообразные технологии фитнес-упражнений, способствующих развитию мышечного корсета.

РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОПАТИЕЙ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА

Шарафова И.А.

Самаркандский государственный институт, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Нейропатия малоберцового нерва одно из распространённых заболеваний периферической нервной системы у детей до 10 лет. На поражения данного нерва приходится 41% мононейропатий в детских неврологических стационарах, больные с данной патологией могут составлять до 35-39% от числа всех госпитализированных.

Цель исследования — оценка изменения трофики мышц пораженной конечности и разработка на основе нейрофизиологических методов оценки схемы комплексного лечения больных детей с нейропатией малоберцового нерва, обеспечивающего предупреждение атрофии, а также восстановление функций мускулатуры конечности.

Материалы и методы исследования: были обследованы 23 больных с диагнозом нейропатия малоберцового нерва путем неврологического осмотра; каждому назначена электронейромиография, которая подтверждает диагноз. Все больные были разделены на 2 группы: в основную группу вошли 13 детей, которым, кроме основного лечения (нейропротекторы, сосудистые и метаболические препараты, физиопроцедуры) была проведена электростимуляция в течении всего периода госпитализации. В контрольную группу вошли 10 детей, которым назначили стандартное лечение. В каждой группе до начала лечения больным измерили окружность бедра и голени в пораженной и здоровой конечности. У всех детей наблюдалась легкая атрофия в пораженной конечности равная 2±1,5 см в бедре и 1,5±0,5 см в голени по сравнению со здоровой конечностью.

Результаты: в основной группе каждому больному была назначена электромиостимуляция силой тока 25-45 мА 15-20 минут в течении всего периода госпитализации. После проведенного лечения была проведена контрольная ЭНМГ, которая показала незначительные улучшения проводимости импульса и ускорение М-ответа. В контрольной группе после проведенного стандартного лечения без применения электромиостимуляции тоже была проведена контрольная ЭНМГ, в которой не были выявлены какие-либо изменения по сравнению с предыдущим исследованием. Также при повторном измерении окружности бедра и голени больных спустя месяц после выписки из стационара в основной группе отсутствовало усиление атрофии в пораженной конечности, тогда как в контрольной группе наблюдалась иная ситуация: окружность бедра и голени уменьшилась на 0,3±0,2 см и 0,5±0,3 см соответственно. Данные измерения показывают эффективность проведенного лечения в основной группе и целесообразность проведения электронейростимуляции больным с нейропатией малоберцового нерва.

Выводы. Больным с нейропатией малоберцового нерва, рекомендуется обязательное проведение электромиографического тестирования пораженных мышц в целях коррекции лечения; методы восстановительного лечения и реабилитации больных с нейропатией малоберцового нерва должны применяться на ранних этапах заболевания (с первых дней заболевания), в целях ранней профилактики атрофии мышц пораженной конечности.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ШЕЙНОГО И ГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ПИЛАТЕС И СОМАТИЧЕСКОГО УЧЕНИЯ

Шевцов А.В., Гуревич С.

НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

Введение. Дегенеративно-дистрофические изменения - это не самостоятельная болезнь, а комплекс симптомов, объединяющих несколько заболеваний, вызванных одинаковыми механизмами. Дегенерация – это разрушение тканей, снижение их плотности, деформация. Она затрагивает позвонки, диски и связочный аппарат. С возрастом содержание воды в дисках и их эластичность существенно снижаются. Но если к ним присоединяется дистрофия тканей – нарушение обменных процессов и

кровоснабжения, патология может развиваться у молодых людей. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника встречаются у подавляющего большинства (98-99%) взрослых жителей развитых стран. Шейный остеохондроз, может привести к сдавливанию позвоночной артерии, проходящей через отверстия позвоночных отростков, и возникновению стойких головных болей, развитию различных форм мигрени, компрессии затылочного нерва и др. Поражение шейно-грудного отдела сопровождается значительным затруднением движения головы в сторону и негативно влияет на осанку. В работе с людьми, страдающими заболеваниями позвоночника, успешно применяются различные оздоровительные практики: система пилатес, соматические учения (метод Фильденкрайза), миофасциальный релиз. Все эти методы взаимосвязаны между собой и их грамотное применение в реабилитации даёт положительный результат. В настоящее время широко распространён метод Фельденкрайза.

Система Пилатес подходит людям всех возрастов, уровней подготовленности и физического состояния, он способствует оптимальному соотношению всех звеньев опорно-двигательного аппарата. При правильном положении суставы находятся в нейтральном положении, движения происходят плавно, мышцы работают эффективно, т.е. каждая мышца включается в нужное время с минимальным усилием, действие мышц-антагонистов сбалансировано. Пилатес учит «разумному», осознанному движению. Одним из основных принципов системы Пилатес является концентрация внимания и плавность выполнения движения. Питлатес - одна из немногих методик, которая учит активизировать сначала глубокие мышцы, и лишь затем основные, поверхностные.

Цель исследования: разработать комплекс физических упражнений для женщин среднего возраста с дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного и шейно-грудного отделов позвоночника на основе включения средств системы пилатес и соматического учения. Задачи исследования: 1) исследовать состояние здоровья и основные аспекты жизнедеятельности людей с дегенеративно-дистрофическими изменениями шейно-грудного отдела позвоночника; 2) изучить опыт применения существующих оздоровительных программ в физической реабилитации; 3) обосновать положительное влияние соматических движений и применение системы пилатес на людей с дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного и шейно-грудного отделов позвоночника.

Организация и методы исследования. Исследование проведено на базе бассейна «Атлантика». 30 женщин в возрасте от 45 до 60 лет, у которых отмечались ощущения дискомфорта в области шейного отдела, частые головокружения, ограничения подвижности в шейном отделе позвоночника, были распределены поровну на

контрольную и экспериментальную группы в соответствии с методами ФР. На занятиях в экспериментальной группе (ЭГ) был использован разработанный комплекс упражнений, включающий методику пилатес, работу на большом и малом оборудовании и методику соматического учения. Контрольная группа (КГ) посещала базовую оздоровительную гимнастику. Критериями оценки экспериментальной методики стали тесты: 1) на мобильность шейного отдела - тест Шепельмана (исследование подвижности межпозвонковых суставов в шейном отделе позвоночника); 2) компрессионный тест на исследование силы мышц шеи; 3) тест на равновесие - проба Ромберга (исследование способности сохранять устойчивость, равновесие); 4) компрессионный тест Джексона (выявление болевых симптомов и растяжение контралатеральных мышц шеи); 5) латерофлексия шейного отдела позвоночника; 6)Тест Форестье (экстензия грудного отдела позвоночника).

Результаты исследования. По результатам статистического анализа данных до и после ФР в ЭГ с помощью Т-критерия Вилкоксона для теста Шепельмана, компрессионного теста на исследование силы мышц шеи, пробы Ромберга, теста Форестье были выявлены достоверные различия на 1%-м уровне значимости, для компрессионного теста Джексона на 5%-м уровне значимости. Статистический анализ данных по латерофлексии с помощью t- критерия Стьюдента выявил достоверные различия на 1-% уровне. Сравнение результатов тестирования женщин КГ и ЭГ до прохождения ФР с помощью U критерия Манна-Уитни и t- критерия Стьюдента показало, что достоверных различий не выявлено. Статистический анализ данных ЭГ и КГ после ФР, с помощью *ХИ*-квадрата, а также t- критерия Стьюдента, выявил достоверные различия данных по тесту Шепельмана, компрессионному тесту на исследование силы мышц шеи и латерофлексии шейного отдела(вправо на 1-% уровне, на 5-ти %-м влево).

Заключение. Как показал статистический анализ, женщины, принявшие участие в исследовании изначально не имели значимой разницы по возрасту и физической подготовленности. Включение средств системы пилатес и соматического учения в программу ФР при дегенеративно-дистрофических изменениях шейного и шейно-грудного отделов позвоночника позволяет повысить эффективность физической реабилитации, увеличивая подвижность шейного отдела позвоночника и силовую выносливость мышц шеи.

МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ И МИОФАСЦИАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНЫХ ЗОНАХ

Шевцов А.В., Ивлев В.И.

НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

Цель: разработать и научно обосновать методику физической реабилитации при дорсопатиях и миофасциальном болевом синдроме в паравертебральных зонах с последующей вторичной профилактикой двигательных и вегетативных расстройств для лиц трудоспособного возраста.

Материалы и методы исследования: для исследования функционального состояния паравертебральной мускулатуры исследуемому контингенту проводилась интерференционная электромиография (ЭМГ) с помощью электронейромиографа «Скайбокс» («Нейрософт»). Выявленные параметры позволили дать характеристику общего состояния нервно-мышечной системы (оценить паттерн функциональной активности), проанализировать переносимость кратковременных статических нагрузок, выявить изменения мышечных потенциалов в паравертебральных зонах шейного, грудного и поясничного отделах позвоночно-двигательных сегментов.

Для оценки эффективности разработанной методики физической реабилитации мы использовали динамику выраженности изменений параметров повторного электромиографического исследования.

Результаты: В исследовании приняли участие 42 человека мужского пола в возрасте 45 – 50 лет, страдающих от периодически возникающих болей в спине после напряженных профессиональных нагрузок. Исследуемый контингент был разделен на две группы - основную (22 человека) и контрольную (20 человек). Состав в двух группах по выявленным мышечным дисфункциям был примерно одинаковым.

В основной группе программа реабилитационных мероприятий проводилась с применением тренажера «Армос», глубокого мануального массажа и комплекса гимнастических упражнений на надувных силиконовых камерах различного диаметра. В контрольной группе применялась аналогичная программа, но без применения реабилитационного тренажера «Армос».

В комплексной программе физической реабилитации лиц, страдающих болями в спине наряду с разгрузкой позвоночно-двигательных сегментов тренажером «Армос» и мануальным глубоким массажем применялась разработанная нами стабилизационная

гимнастика «Стаби-Тон». Физические упражнения в данном комплексе выполняются в положениях лежа и стоя на балансировочных силиконовых платформах кругообразной формы разного диаметра 1500 мм и 500 мм. Во время выполнения физических упражнений на неустойчивых силиконовых платформах, осуществляется статико-динамическая балансировка тела занимающегося с целью улучшения функциональных характеристик глубоких мышц, обеспечивающих стабилизацию позвоночно-двигательных сегментов. Реабилитационная программа состоит из нескольких групп физических упражнений с поэтапным повышением уровня сложности координационного обеспечения.

С помощью электромиографических исследований были выявлены и изучены амплитудно-частотные характеристики, которые объективно отражают происходящие изменения в функциональном состоянии нервно-мышечного аппарата в условиях относительного покоя (лежа) и при выполнении максимального статического напряжения.

Таблица 1

Динамика амплитуды сокращения мышц туловища и выявленных мышечно-тонических асимметрий, обследуемых до и после курса физической реабилитации, мкВ (M±m)

Показатели	Основная группа (n = 22)			Контрольная группа (n = 20)		
	до реабилитации	после реабилитации	p	до реабилитации	после реабилитации	p
Трапециевидная мышца						
Амплитуда справа	786± 61	698± 27	≤ 0,05	754 ± 43	745± 37	>0,05
Амплитуда слева	826 ± 53	726 ± 29	≤ 0,05	795± 37	724± 26	>0,05
Дисбаланс амплитуды	49,30 ± 8,50	5,50 ± 0,90	≤ 0,05	45,40 ± 0,90	42,90 ± 0,40	>0,05
Эректор туловища Т4-5						
Амплитуда справа	3121 ± 193	2845±129	≤ 0,05	3434± 256	3018 ± 205	>0,05
Амплитуда слева	3348 ± 205	2882±145	≤ 0,05	3200± 219	3187± 245	>0,05
Дисбаланс амплитуды	38,80 ± 6,50	5,40 ± 0,50	≤ 0,05	37,30 ± 2,40	35,50 ± 2,60	>0,05
Эректор туловища Т12						
Амплитуда справа	1960 ± 100	2087 ± 94	≤ 0,05	2185 ± 110	2100 ± 110	>0,05
Амплитуда слева	2039 ± 87	2057 ± 86	≤ 0,05	2214 ± 116	2111 ± 101	>0,05
Дисбаланс амплитуды	23,40 ± 2,40	6,30 ± 0,80	≤ 0,05	21,30 ± 1,70	20,50 ± 2,60	>0,05

Выводы: Разработанная комплексная методика физической реабилитации, включающая разгрузку позвоночно-двигательных сегментов с применением тренажера «Армос», глубокого мануального массажа и стабилизационной гимнастики «Стаби-Тон» в результате двухнедельного курса продемонстрировала свою высокую степень эффективности, которая выразилась в значительном уменьшении мышечно-тонических асимметрий, купировании миофасциального болевого синдрома, снижении амплитуды потенциала действия в покое (лежа). В ответ на выполнение тестовой статической нагрузки у всех исследуемых наблюдалось снижение максимальной амплитуды и средней частоты, что говорит о эффективности проделанных реабилитационных мероприятий и улучшении функциональных характеристик постуральной мускулатуры не только в состоянии мышечного покоя, но и при выполнении статической нагрузки.

Разработанная комплексная методика физической реабилитации эффективна при дорсопатиях, мышечно-тонической асимметрии и миофасциальном болевом синдроме. Немедикаментозный способ физической реабилитации обеспечивает постепенное снятие болевого синдрома в паравертебральных зонах и создает хорошие условия для профилактики двигательных и вегетативных расстройств. Особую эффективность в методике добавляет дальнейшее выполнение балансировочных упражнений на силиконовых платформах для поэтапного формирования мышечного корсета специальными стабилизирующими физическими упражнениями.

СПЕЛЕОТЕРАПИЯ В ВОСТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ И ОЗДОРОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

Шевчук Ю.А.

СПбГМУ им. И.П.Павлова, общество специалистов «Медицинское международное сотрудничество» при издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург

Спелеотерапия – это метод оздоровления, основанный на комплексном воздействии на организм человека. Призвана спелеотерапия, прежде всего, активизировать внутренние резервы человека и нейтрализовать неблагоприятное воздействие окружающей среды. Ученые давно заметили, что микроклимат некоторых пещер выгодно отличается от привычной земной атмосферы. Постоянство температуры и влажности, воздух, насыщенный соляными испарениями, – все это оказывает на человеческий организм благотворное воздействие. Это открытие и легло в основу спелеотерапии.

Основными показаниями к спелеотерапии являются**:** бронхиальная астма вне фазы резкого обострения, с недостаточностью функции внешнего дыхания не выше I и II степени, хронический бронхит с астматическим компонентом в фазе ремиссии, поллинозы, респираторные аллергозы, вегетативная дистония, неврастении, неврозы, начальная стадия гипертонической болезни, рецидивирующая экзема, атопический дерматит, синдром хронической усталости.

Противопоказаниями для проведения спелеотерапии являются тяжелые формы бронхиальной астмы с частыми приступами, наличие эмфиземы легких, диффузный пневмосклероз, бронхоэктатическая болезнь, легочно-сердечная недостаточность II и III стадии, заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения II и III стадии, хронические заболевания почек с явлениями почечной недостаточности выше II степени, эпилепсия, клаустрофобия.

В мире для спелеотерапии используются карстовые пещеры в Чехии, Словакии, Италии, Венгрии. В Венгрии с 1969 года рассматривает спелеотерапию как самостоятельный лечебный метод, а оценка учеными страны его эффективности и механизмов действия научно обосновала термин «лечебная пещера». Среди венгерских курортов хорошо известен курорт Тополька. Обнаружена лечебная пещера в Тапольце в 1902 году, и только спустя 80 лет ее стали использовать в лечебных целях. Природные карстовые пещеры – главная достопримечательность курорта. Пещеры имеют уникальный микроклимат, постоянную температуру и влажность, отличаются отсутствием пыли, бактерий, аллергенов.

Основные данные и биоклиматические условия лечебной пещеры в Тополце: 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% , Са2+-113,2 мг/л, Mg2+-3,9 мг/л, Na+ - 11,95 мг/л. Высокая концентрация углекислого газа раздражает центр дыхания и определяет глубокий вдох и выдох.

Курорт Тополька подходит для оздоровления детей, в том числе часто болеющих. В 2015-2017 годах Обществом специалистов «Медицинское международное сотрудничество» были организованы группы часто болеющих детей и детей с заболеваниями бронхолегочной системы для оздоровления и лечения в сопровождении родителей на данном курорте. В программу пребывания входила пещерная терапия, купание в минеральной воде, оздоровительное питание, водная гимнастика, галотерапия, солнечные ванны, игры на свежем воздухе и т.д. Анализ результатов санаторно-курортного лечения детей показал его высокую эффективность.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЁМА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ, КАК СРЕДСТВО ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Шелехов А.А.

НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

Согласно данным Федеральной службы Государственной статистики, на 2016 год в Российской Федерации зарегистрировано 613000 детей-инвалидов, из них 217000 -дети в возрасте от 0 до 7 лет.

Одними из основных принципов физической реабилитации, во определяющими эффективность данного процесса являются:

- максимально возможное раннее начало реабилитации
- комплексный характер реабилитации, который подразумевает применение различных методов, согласованную работу различных специалистов
- непрерывность реабилитационных воздействий

Следует заметить, что по целому ряду причин, соблюдение данных принципов оказывается затруднительным, что в свою очередь снижает потенциал реабилитационных и коррекционно- образовательных воздействий. Одной из подобных причин является отсутствие объективной информации об объёме суточной активности ребёнка. В последнее время в нашей стране сложилась устойчивая тенденция к амбулаторным занятиям физической реабилитацией детей. Данный подход имеет положительные стороны:

- позволяет соблюдать принцип непрерывности реабилитационных воздействий
- позволяет не отрывать ребёнка от образовательного процесса.

Однако нельзя не сказать о распространённой проблеме, которая возникает при таком подходе - регулировании нагрузки, которую получает ребёнок в течении дня. Родители детей с ОВЗ зачастую являются единственным связующим звеном между специалистами и организациями, осуществляющими реабилитационное и образовательное воздействие на их ребёнка, но при этом они лишены возможности преподнести специалистам объективные данные и оценивают состояние ребёнка по косвенным признакам утомления. Данное обстоятельство может негативно сказываться, как на реабилитационном и образовательном процессах, так и на состоянии ребёнка в целом.

На наш взгляд, мониторинг суточной двигательной активности ребёнка позволит получать данные необходимые для оптимизации процесса физической реабилитации.

В качестве метода получения объективных показателей, мы предлагаем использование доступных в наше время аппаратных средств- фитнес-трекер со встроенным шагомером. Подобный аппаратный метод исследования режима дня и двигательной активности крайне распространён и активно используется в США и Великобритании. В качестве примера можно привести исследование группы ученых Jana J. Peterson, Kathleen F.Janz, John B. Lowe, опубликованное в 2008 году, согласно данным которого, только 14.1% из 100 взрослых исследуемых с лёгкой степенью умственной отсталости набирали по показателям шагомера 10000 локомоций в сутки. Так же в данном контексте можно сослаться на работу российского ученого Снигур М.Е., которая в 2013 году использовала подобный метод для определения режима двигательной активности детей 6-7 лет.

Так же данный метод хорошо себя зарекомендовал в ходе проведения педагогического эксперимента по исследованию двигательной активности детей дошкольного возраста с нарушением интеллекта. Достоинством этого метода является его простота и удобство. Большинство современных фитнес-треккеров являются удобным, влагозащитным и противоударным аксессуаром без кнопок и возможностью удалённого контроля с помощью приложения установленного на персональный компьютер или смартфон. Вторым важным составляющим данного метода является ведение родителями дневника объёма суточной активности ребёнка. Ежедневная фиксация данных показателей в дневнике и пометки о самочувствии ребёнка позволят выявить оптимальный объём нагрузки, что в свою очередь будет является критерием для корректировки режима дня, а также являться косвенным показателем эффективности реабилитационных воздействий.

Нельзя не сказать о том, данный метод измерения и фиксации суточной активности ребёнка сам по себе является способом включения родителей в процесс физического реабилитация своего ребёнка, так как он даёт возможность объективно оценить активность своего ребёнка в течении дня, сопоставить полученный результат с необходимым объёмом и вносить определенные коррективы в режим дня.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ОСНОВЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Юрков И.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург,

кафедра медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры

В системе обязательного медицинского страхования (ОМС) Санкт-Петербурга на протяжении двух лет осуществляется пилотный проект по моделированию системы оплаты специализированной медицинской помощи (МП) в условиях круглосуточного стационара (КС) и дневного стационара (ДС) в круглосуточном стационаре на основе клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), рассчитанных в 2017 году в соответствии с письмом Минздрава России № 11-8/10/2-8266 и ФОМС № 12578/26/и от 22.12.2016 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Медицинские организации (МО) Санкт-Петербурга (всего 21 учреждение), участвующие в проекте и осуществляющие деятельность (работы, услуги) по медицинской реабилитации (МР) в условиях КС и ДС, при формировании счетов для фактической оплаты законченных случаев МР по установленным в Генеральном тарифном соглашении (ГТС) на 2017 год тарифам (всего 61 тариф МР) также отражают информацию в части «пилотных» тарифов по стоимости КСГ (табл. 1).

Таблица 1

Тарифы медицинской реабилитации на основе КСГ в ГТС на 2017 год

№ КСГ		Наименование КСГ	Стоимость тарифов, руб.	
КС	ДС		КС	ДС
307	113	Медицинская нейрореабилитация	65 627,3	36 705,0
308	114	Медицинская кардиореабилитация	32 813,7	18 352,5
309	115	МР после перенесенных травм и операций на опорно-двигательной системе	49 220,5	27 528,8
310	116	МР детей, перенесших заболевания перинатального периода	32 813,7	18 352,5
311	117	МР при других соматических заболеваниях	15 313,0	8 564,5
312	118	МР детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации	39 376,4	22 023,0
313		МР детей с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах	105 222,5	-

		продолжительного течения		
314	119	МР детей с поражениями центральной нервной системы	60 158,4	33 646,3
315	120	МР детей, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	51 408,1	28 752,3

КСГ включают в себя случаи со схожими клинической характеристикой и ресурсоемкостью, структурой затрат и набором используемых клинических ресурсов, при основных критериях группировки – *коде диагноза* в соответствии со справочником МКБ-10 и *коде хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (услуги)* в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг. При этом стоимость 1-го случая госпитализации в стационаре ($СС_{ксг}$) по КСГ определяется по формуле $СС_{ксг}$ = БС х $КЗ_{КСГ}$ х ПК х КД, где:

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка, устанавливается тарифным соглашением субъекта РФ), руб.; $КЗ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной федеральный коэффициент); ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (региональный коэффициент для адаптации федеральной модели к особенностям субъекта РФ); КД – коэффициент дифференциации (федеральный коэффициент с учетом постановления Правительства РФ от 05.05.2012 №462).

В процессе моделирования тариф в денежном выражении на случай, входящий в КСГ, определяется путем умножения БС, установленной в ГТС, на значение федерального $КЗ_{КСГ.}$ В ГТС на 2017 год (с учетом решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Санкт-Петербурге от 21.02.2017) базовая ставка для КС установлена в размере 21875 руб., ДС – 12235 руб. при соблюдении «нейтральности» поправочного коэффициента оплаты КСГ в 1,0.

Одновременно с учетом объемов финансовых средств моделирование новой системы оплаты определяет анализ состояния реабилитационной службы города, структуры реабилитационных страховых случаев и путей оптимизации имеющейся модели группировки случаев с учетом классификационных критериев КСГ.

В целом, в ряду рассматриваемых вопросов реализации оплаты по КСГ отметим такие, как соблюдение принципа единства формирования групп для взрослых и детей, регламентация индивидуальной маршрутизации пациента на основе учета его состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ, при оценке ШРМ в «6-5-4» реабилитация выполняется в КС, «3-2» – ДС) с увеличением в 2018 году количества реабилитационных КСГ до 14 для КС и 10 – ДС; учет маршрутизации по МР взрослого и детского населения при планировании объемов финансовых средств ОМС для МО,

участвующих в территориальной программе ОМС в Санкт-Петербурге; расчет стоимости клинико-статистических групп заболеваний с учетом затрат МО и стандартов (клинических рекомендаций, протоколов) МП; определение коэффициентов системы оплаты МП и др.

СОДЕРЖАНИЕ

Абдусаломова М.А.

ДИНАМИКА ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ..... 3

Адулас Е.И.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦНС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОРАЗВИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ..... 4

Аксенов А.В., Евсеев С.П., Евсеева О.Э., Ладыгина Е.Б.

ЛИМИТИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ, СНИЖАЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ВФСК ГТО ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С УЧЕТОМ СЕНСОРНЫХ, ДВИГАТЕЛЬНЫХ И МЕНТАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ .. 6

Афанасьева В.В., Гулевич Л.П.,Турашева Ю.Н.

ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В..... 8

УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКЕ 8

Багирова А.К., Усманходжаева А.А.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТБОРА ЮНЫХ ВОЛЕЙБОЛИСТОВ ОТ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ СПОРТСМЕНОВ..... 10

Бафоева З.О.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП 11

Бортулёва О.В., Басков В.Е.

К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА У ПОДРОСТКОВ..... 13

Бронников В.А., Надеева Н.М.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛОГОПЕДА 14

Брянцева Е.В., Калишевич С.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ОБРАЗОВАНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ КОМПЛЕКСНУЮ ОЦЕНКУ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ 16

Булина О.В., Тимченко В.В., Лисогуб Ю.В.

ЗНАЧЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ДИЕТЫ И РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 17

Высогорцева О.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНОЙ ТРАКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ 19

Григорьева В.Н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ 21

Делиева А.Н.

ФИТОПРЕПАРАТЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ 23

Долинина Л.Ю.

ВОЗМОЖНОСТИ НАТУРОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ 25

Дрожжина Л.А., Сницаренко А.С., Павлова М.Е

ПРОГРАММА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 27

Евдокимова Т.А., Черныш Н.В., Богданова М.Ю.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 29

Евдокимова Т.А., Черныш Н.В., Богданова М.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭРГОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 30

Евсеев С.П., Аксенов А.В.

КОНЦЕПЦИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ «ГОТОВ К ТРУДУ И АКТИВНОСТИ» (ГТА) В РАМКАХ ВФСК ГТО 32

Евсеева О.Э., Евсеев С.П., Ладыгина Е.Б., Никифорова Н.В., Шелехов А.А., Матвеева С.С.

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ 34

Евсеева О.Э., Ковалева Ю.А.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОСТЮМА «АДЕЛИ» 37

Жидченко Ю.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ПРОЦЕССУ ДОМАШНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОГО ПРАВОПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА 41

Зарина Н.Н.

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ГОМЕОПАТИИ. НОВЫЕ АКСПЕКТЫ В ПРЕПОДАВАНИИ ГОМЕОПАТИИ 43

Камалова Ё.А.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ 45

Ким О.А.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ИГЛОТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОДЕРМИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ 46

Колесниченко Е.С., Дрожжина Л.А.

ТИПОВОЙ УРОК ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ И НАЧАЛЬНОЙ ФОРМОЙ СКОЛИОЗА 47

Корженевская Т.Б., Аксёнова Н.Н., Аксёнов А.В., Зайцев Р. О.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПОДБОРА ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ С ЭСПАНДЕРАМИ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ АРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ 49

Косарева М.И.

ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ.... 52

Ладыгина Е.Б., Давыдова А.А.

ВЛИЯНИЕ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ И ЭЛЕМЕНТОВ ГИМНАСТИКИ ХАДУ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬОЕ И СОСТОЯНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 57

Лесиовская Е.Е., Андреева Д.М., Бахтина С.М.

КУРСЫ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ФИТОТЕРАПИЯ» И «ОСНОВЫ ФИТООЗДОРОВЛЕНИЯ» - НОВЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ 59

МавлянованЗ.Ф., Бурханова Г.Л

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И СПОРТ 61

Максимов А. В., Сиващенко П. П.

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ В ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ 63

Мамаева М.А.

РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ В РАЗВИТИИ СИСТЕМЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ 66

Ненахов И.Г., Шевцов А.В.

РЕКОНСТРУКЦИЯ БИОМЕХАНИКИ ТАЗА В АКТЕ ХОДЬБЫ У ЛИЦ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНСУЛЬТ 68

Петрова Н.Г., Погосян С.Г., Миннуллин Т.И., Брацлавский В.Б.

О ПРОБЛЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА . 71

Потапчук А.А., Казанская Е.В

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ 73

Прочан В.Н.

САНАТОРНО – КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО САНАТОРИЯ 75

Рубинский А.В., Носкин Л.А., Заровкина Л.А.

ОДНОВРЕМЕННАЯ БЕСПРЕРЫВНАЯ СПИРОАРТЕРИОКАРДИОРИТМОГРАФИЯ В МЕТОДОЛОГИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ АДАПТАЦИИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ 77

Руденко Р.В., Грачиков А.А.

ОСОБЕННОСТИ АКВА-ЙОГИ КАК АЛЬТЕРНАТИВНОГО СРЕДСТВА ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИИ 78

Сабирова Ш.Б.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И АДАПТАЦИИ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ 81

Соломкина Н.Ю., Сергеева И.О., Головко Т.А., Котова В.Н., Константинов К.В.

ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ 82

Соломкина Н.Ю., Гуркин Ю.А., Баласанян В.Г., Пикалева Е.Ю., Акимова Т.П., Алексеева Н.П .

ЭТАПНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ДЕВОЧЕК С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТАНОГО ПЕРИОДА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТРУКТУРЕ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА 84

Терентьев Ф.В.; Потапчук А.А.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ 86

Умирова С.М., Гайбиев А.А.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 87

Цаллагова Р.Б., Березкина Ю.Е.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ 8-10 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА СРЕДСТВАМИ ФИТНЕСА 88

Шарафова И.А.

РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОПАТИЕЙ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА 91

Шевцов А.В., Гуревич С.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ШЕЙНОГО И ГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ПИЛАТЕС И СОМАТИЧЕСКОГО УЧЕНИЯ 92

Шевцов А.В., Ивлев В.И.

МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ И МИОФАСЦИАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНЫХ ЗОНАХ 95

Шевчук Ю.А.

СПЕЛЕОТЕРАПИЯ В ВОСТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ И ОЗДОРОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ 97

Шелехов А.А.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЁМА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ, КАК СРЕДСТВО ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 99

Юрков И.В.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ОСНОВЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ 101