

**«ОҢАЛТУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ» ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ «ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»
«REHABILITATION ISSUES» PERIODICAL**

ISSN 2222 - 2014

Редакционная коллегия:

Ж.Р. Дарибаев, А.Р. Ризванова, К.К. Кусаинова,
Р.А. Сундетова, Л.Ш. Джумаева, Б.Ж. Мухаметжанов,
Г.М. Султанова, Ш.Х. Оспанова,
Ж.А. Медетбекова, А.С. Тажина.

Редакционный совет:

Dr. Simona BAR HAIM (доктор PhD, Израиль)
Т.Т. БАТЫШЕВА (д.м.н., профессор, Россия)
Т.Т. БОКЕБАЕВ (д.м.н., профессор, Казахстан)
В.И. КОЗЯВКИН (д.м.н., профессор, Украина)
А.Й. КРИЩЮНАС (д.м.н., профессор, Литва)
М.М. ЛЕПЕСОВА (д.м.н., профессор, Казахстан)
М. ЛОБОДА (первый вице-президент, президент
Пан-Украинской Ассоциации физиотерапевтов и
бальнеотерапевтов, Украина)
Pr. Florana MENENDEZ (Эксперт в Министерстве
Здравоохранения Кубы)
Х.М. МУХАМЕТЖАНОВ (д.м.н., профессор, Казахстан)
Dr. Slaheddine MONTASER (директор национального
офиса термализма и гидротерапии, Тунис)
Е.С. НУРГУЖАЕВ (д.м.н., профессор, Казахстан)
Р.И. РАХИМЖАНОВА (д.м.н., профессор, Казахстан)
А.Б. САДЫКОВА (к.м.н., Казахстан)
К.А. СЕМЕНОВА (д.м.н., профессор, Россия)
Pr. Olga SURDU (Ovidius University Constanta, Balneal and
Rehabilitation Sanatorium Techirghiol Romania, Румыния)
Dr. Umberto SOLIMENE (профессор, Италия)
Н.А. СТОРОЖЕНКО (д.м.н., профессор, Россия)
А.В. ЧЕМЕРИС (д.м.н., профессор, Казахстан)
А. ШАРМАН (доктор PhD, Казахстан)
Н.И. ШЕВЕЛЁВА (д.м.н., профессор, Казахстан)
А.С. ЖУСУПОВА (д.м.н., профессор, Казахстан)
I. PONIKOWSKA (И.ПОНИКОВСКАЯ) (профессор, Польша)

Учредитель журнала:

Республиканский детский реабилитационный центр

Адрес редакции:

г. Астана, пр. Туран 36
АО «РДРЦ»
Телефон/факс: (7172) 511-543
E-mail: journalrdrc@mail.ru

Журнал зарегистрирован в Министерстве культуры и информации РК
Свидетельство о постановке на учет № 10834 от 14.04.2010 г.

**«ОҢАЛТУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ» ҒЫЛЫМИ-
ПРАКТИКАЛЫҚ ЖУРНАЛЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»
«REHABILITATION ISSUES» PERIODICAL**

Бас редактор
Главный редактор
Editors-in-Chief

**Медицина ғылымының докторы
Шолпан Адильжановна Булекбаева**

**Доктор медицинских наук
Шолпан Адильжановна Булекбаева**

**Doctor of medical sciences
Sholpan A. Bulekbayeva**

Республика Казахстан
г. Астана,
пр. Туран 36

АО «Республиканский детский
реабилитационный центр»
тел. 7172-511-551
факс 7172-511-544
e-mail: rdrc@mail.ru
тел./факс 7172-511-543
e-mail: journalrdrc@mail.ru

Цель и содержание:

Научно-практический журнал «Вопросы реабилитологии» призван способствовать развитию реабилитационной службы и повышению ее эффективности. Журнал позволит обмениваться новыми знаниями, идеями и опытом специалистам, занятым реабилитацией больных и инвалидов, объединит усилия медицинских, социальных и педагогических служб в борьбе за здоровый образ жизни.

Цель журнала – публикация оригинальных научных статей, освещающих актуальные вопросы реабилитологии, физиотерапии, лечебной физкультуры и курортологии, здоровья населения Казахстана, внедрение современных медицинских технологий диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний.

Сфера интересов журнала: реабилитация и восстановление здоровья больных и социализация инвалидов, укрепление здоровья и профилактика заболеваний, пропаганда здорового образа жизни, социально-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями.

Журнал рассчитан на исследователей, практических врачей всех специальностей, менеджеров и политиков в области реабилитологии и профилактики заболеваний, а также социальных работников, психологов, логопедов, дефектологов и педагогов.

Рубрики журнала:

1. Физиология и психология
2. Нутрициология, лечебное питание
3. Фармакологическая поддержка в реабилитологии
4. Неотложные состояния и ранняя реабилитация
5. Функциональная диагностика в реабилитологии
6. Биомедицинские технологии в реабилитации
7. Лечебная физкультура, спортивная медицина, физиотерапия и гигиена
8. Сопровождение лиц с ограниченными возможностями
9. Социальная реабилитация, адаптация и коррекционная педагогика
10. Организация реабилитационной помощи, качество реабилитационных услуг
11. Восстановительная медицина, профилактика, здоровый образ жизни
12. Паллиативная медицина
13. Дайджест новостей из мира реабилитологии
14. Памятные даты

СОДЕРЖАНИЕ

1. СТОРОЖЕНКО НИКОЛАЙ АФАНАСЬЕВИЧ Президент Всемирной Федерации Водолечения и Климатолечения Президент Национальной Курортной Ассоциации Заслуженный врач Российской Федерации.....	8
2. “HYDROGLOBE” A PROJECT AND AN OPERATING PAPER TO CREATE A MODERN CONCEPT OF THERMALISM APPLIED TO HEALTH AND WELL-BEING Umberto Solimene.....	12
3. САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ СЛУЖБА В КАЗАХСТАНЕ: ВЧЕРА И СЕГОДНЯ. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ Булекбаева Ш.А.....	14
4. SPA «HAMMAM CHELLALA» GUELMA / ALGERIA: STORIES AND TRADITIONS ARABOMUSULMANES Dr BELAITAR Ahmed.....	19
5. 12 MONTH EPIDEMIOLOGICAL SURVEY ON PATIENTS ADMITTED IN BALNEAL AND REHABILITATION SANATORIUM OF TECHIRGHIOL Demirgian Sibel, Surdu Olga, Profir Daniela, Surdu Traian - Virgiliu.....	19
6. THE BENEFITS OF TREATMENT WITH SAPROPELIC MUD FROM TECHIRGHIOL LAKE IN PATIENTS WITH CHRONIC REGIONAL PAIN SYNDROME Demirgian Sibel, Surdu Olga, Surdu Traian.....	20
7. ANTI-AGEING ACTIVITIES – CHALLENGE AND TASKS FOR POLISH THERMAL MEDICINE Jacek Chojnowsk.....	20
8. RESEARCH MEDICAL HYDROLOGY & HYDROTHERAPY IN SPAIN Maraver F, Morer C.....	21
9. CURRENT PELOID’S RESEARCH IN IBEROAMERICA Maraver F, Morer C.....	22
10. OVERVIEW OF BIOTECHNOLOGY AND HEALTH TOURISM IN CUBA Prof. Florana Menéndez Camporredondo, MD, PhD.....	23
11. MINEROMEDICINAL WATERS IN VENEZUELA. THE BOLIVARIAN CENTRE OF MEDICAL HYDROLOGY Reyes GSA, Gabriel Reyes MD, MSc, Martínez MG.....	23
12. BALNEOTHERAPY RESEARCH IN FRANCE: THE AFRETH (FRENCH ASSOCIATION FOR BALNEOTHERAPY RESEARCH) CF Roques, MD, CE Bouvier, PhD.....	24
13. A NEW PRICING POLICY FOR THERMAL CARES IN FRANCE Thierry DUBOIS, Claude-Eugène BOUVIER.....	25
14. DRINKING MINERAL WATERS, THE ACTUAL MEDICAL BENEFIT – DATA OF EVIDENCE CF Roques*, MD, P Jeambrun, MD.....	26
15. BALNEOTHERAPY ACTUAL MEDICAL BENEFIT. DATA OF EVIDENCE OF THE LAST TWENTY YEARS CF Roques, MD.....	27
16. THERAPEUTIC AND ECONOMIC BENEFITS OF THE THERMALISMO IN THE CHRONIC INFLAMMATORY INTESTINAL DISEASE”. THE LAKES. Santi Spiritus.....	27
17. COMPREHENSIVE REHABILITATION PROGRAM IN CUBA. MAIN RESULTS OF A DECADE MSc. Dra. Maritza Leyva Serrano, MSc. Dra. Lydia Menendez	28
18. OBJECTIVE AND SUBJECTIVE TOLERANCE OF KINESIO TAPING® AS ADDITIONAL THERAPEUTIC METHOD IN EARLY POSTOPERATIVE REHABILITATION PERIOD BY ELDERLY PATIENTS Venta Donec, Aleksandras Kriščiūnas.....	28
19. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ В УСЛОВИЯХ ЖАМБЫЛСКОГО ОБЛАСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «МАТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО» Азимкулова Г.М., Карибаева Д.Ж., Асанова Н.Р.....	34
20. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СКОЛИОЗЕ Алипов К. Ж., Булекбаева Ш.А., Айткулова М.Б., Дарибаев Ж.Р.....	36
21. ХРАП И СИНДРОМ АПНОЭ/ГИПОПНОЭ ВО СНЕ, КАК ФАКТОР РИСКА У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. Ахметова Ж.Б., Шожанова А.Б., Сейтахметов Ч.Б.....	39
22. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ. Бадьянова И. С., Газдиева Е. М.....	41
23. СОВРЕМЕННЫЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ. Бадьянова И. С., Яшков А.В., Газдиева Е. М., Куликова Л. И.....	42

24. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СТРОЦИТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ	
Баймуханов Р.М.....	43
25. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ИНФАРКТА МОЗГА.	
Баймуханов Р.М., Еськова Н.Л., Никифорова Е.И.....	45
26. СОВРЕМЕННЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННО - ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ.	
Баймуханова С.Р.....	46
27. ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ.	
Баймуханова С.Р.....	49
28. ЛЕЧЕБНЫЕ ВАННЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Батенина А.М., Густоварова Т.Ю., Мельникова Е.А.....	51
29. РАЗВИТИЕ ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	
Ш. А. Булекбаева, Ф.Д. Байсеркина, Ж.Р. Дарибаев, Ш.Х. Оспанова, Л.Н. Руденко, М.Б. Жакенова.....	52
30. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЛОТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Байдарбекова А.К., Дарибаев Ж.Р., Оспанова Ш.Х., Ризванова А.Р., Тайтубаева Г.К.....	56
31. ПЕРСПЕКТИВА УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ДОСТУПНОСТИ К КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ В РЕГИОНАХ	
Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Куатбаева Б.М., Байзакова Ф.М.....	59
32. ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ СТЕЛЕК ПРИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.	
Булекбаева Ш.А., Сейсембеков Т.А., Мухаметжанов Б.Ж., Бердиев Т.С., Шарипов Е.Б., Макишева Н.....	61
33. МЕЖДУНАРОДНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ.	
Булекбаева Ш.А., Оспанова Ш.Х., Садыбаева Г.К., Мусагалиева К.К., Касымова А.З.....	63
34. БІРТҮТАС БЕЙІМДЕЛУ ҮДЕРІСІ СИЯҚТЫ КЕШЕНДІ ОҒАЛТУ	
Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Джумаева Л.Ш., Садыкова Р.С.....	64
35. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА ИННОВАЦИОННЫМ ТРАКЦИОННЫМ АППАРАТОМ ACCU SPINA	
Валуйский П.Ф., Баймуханов Р.М., Шустер Л.М., Еськова Н.В.....	66
36. ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА МАЛОМИНЕРАЛИЗОВАННОЙ СОДЕРЖАШЕЙ ГУМИНОВЫЕ КИСЛОТЫ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ	
Вериго Н.С.....	68
37. ЭЛЕКТРОСТИМУЛИРУЮЩАЯ И ЦВЕТОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	
Газдиева Е.М., Саликова Н.М.....	70
38. ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ РИТМИЧЕСКОЙ ЦВЕТОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ	
Газдиева Е.М., Стацкая С.Ю.....	74
39. ФОСФОЛИПИДЫ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Дарибаев Ж.Р., Дарибаева С.А.....	78
40. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕОДОЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ ТЕМПО-РИТМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ЗАЙКАНИЕМ	
Джаниева Т. С., Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Фридман В. Л., Волкова С. В.....	80
41. ФОРМИРОВАНИЕ ФОНЕМАТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА	
Джаниева Т. С., Фридман В. Л., Волкова С. В.....	84
42. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЗАЙКАНИЯ	
Джаниева Т.С., Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Шевцова Е.Е.....	86
43. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИКИ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ НА ПРАКТИКЕ В УСЛОВИЯХ АО РДЦ	
Есимова С.Н., Калмагамбетова М., Смагулова И.....	90
44. ПРОГРЕССИВНАЯ МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ ПО Э. ЯКОБСОНУ (Э.Джекобсон)	
Естаев А.С.....	93

45. ДИЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОТРОФИИ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДИСФАГИЕЙ	
Жаныбекова С.А., Сундетова Р.А., Оспанова Ш.Х., Руденко Л.Н.....	95
46. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП НА ОСНОВЕ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНОТЕРАПИИ, ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ЛФК	
Жилкибаева С.А., Булекбаева Ш.А., Чемерис А.В., Тайтубаева Г.К., Артыкбаева Н.С., Кенжебекова М.О., Амирова А.Т., Тажибаева Д.Т., Жарекеева М.Ш.....	98
47. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Жумадуллаева К.К., Сундетова Р.А., Жангозиева Э.У., Тайтубаева Г.К.....	100
48. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПАДЕНИЯ	
Жылкыбаев Г.Л., Нургали С.А., Оспанова Ш.Х., Руденко Л.Н.....	102
49. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ТРАВМ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ	
Зайцев Н.М., Авдонченко Т.С., Яруллина А.И.....	104
50. КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ИЛИ КАКАЯ ДОЛЖНА БЫТЬ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕГОДНЯ С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИЙ, НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)	
Исанова В.А.....	106
51. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	
Исанова В.А.....	108
52.МОБИЛЬНОСТЬ И ЕГО ПРЕИМУЩЕСТВО В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕННЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ.	
Исанова В.А.....	110
53. МЕТОД ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СКОЛИОЗЕ 1-2 СТЕПЕНИ У ПОДРОСТКОВ	
Каладинова Т.И., Байсеркина Ф.Д., Дарибаев Ж.Р., Сабербекова М.О.....	121
54. КЛИМАТО- И ГИДРОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ФИБРОМИАЛГИИ (АНАЛИЗ ПЕРСПЕКТИВНОСТИ МЕТОДА)	
Лукашева О.Н., Мельникова Е.А.....	123
55. ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.	
Маннова Е.М.....	124
56. THE USE OF NEUROPHYSIOLOGICAL STUDIES FOR AN INDIVIDUALIZED APPROACH TO PREDICTING THE RECOVERY OF STROKE PATIENTS AND CONTROL OF THE RENABILITATION	
Melnikova E.A., Razumov A.N.....	125
57. ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, И КОНТРОЛЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ	
Мельникова Е.А., Разумов А.Н.....	129
58. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ В ОЦЕНКЕ НАРУШЕНИЙ ВЫСШЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ	
Мельникова Е.А., Разумов А.Н.....	133
59. ДЕНІ САУ БАЛА – ҚОҒАМ БАЙЛЫҒЫ	
Мусаева К.К., Утебердиева Г.К., Бурнашева Д.И.....	134
60. БРЕЙСЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СЕГМЕНТА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Тайтубаева Г.К., Шалкарбаев Е.С., Саду Н.Т.....	136
61. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В БАЛЬНЕОЛОГИИ	
Разумов А.Н.....	139
62. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ	
Разумов А.Н., Турова Е.А., Рассулова М.А.....	141
63. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ НА КУРОРТЕ АНАПА (непосредственные результаты)	
Рогозян Б.Н., Ефименко Н.В., Кайсинова А.С., Ботвинева Л.А., Аветисова Е.Л.....	144
64. БАЛАЛАРДЫҢ ЦЕРЕБРАЛЬДІ САЛ АУРУЫНЫҢ ГЕМИПАРЕЗДІК ТҮРІНДЕ ҚОЛДАНЫЛУЫНЫҢ МӘНІ	
Салыкова Г.О., Баймулдина Ф.К.....	148
65. АНАПА — ФЕДЕРАЛЬНЫЙ КУРОРТ ДЕТСКОГО И СЕМЕЙНОГО ОТДЫХА	
Севрюкова В.С., Журавлева Н.В., Медведев В.А., Денисенко Н.Ф.....	150

66. ФОРМИРОВАНИЕ ОПТИКО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ГНОЗИСА У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ С СИСТЕМНЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ	
Султанова Г.М., Шамаева Ю.В.....	153
67. НАРУШЕНИЯ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ	
Султанова Г.М., Ризванова А.Р., Шевцова Е.Е., Волкова С.В.....	156
68. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Сундетова Р.А., Жумадуллаева К.К., Жангозиева Э.У.....	158
69. РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	
Сундетова Р.А., Нургали С.А., Шокабалинова С.Ж.....	161
70. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	
Сундетова Р.А., Нургали С.А., Шокабалинова С.Ж.....	165
71. ДИЗАРТРИЯНЫ ТҮЗЕТУДЕГІ ЛОГОПЕДИЯЛЫҚ ЖҰМЫСТЫҢ ТҮРЛЕРІ	
Тұрысбекова С.К. Басыгарина Ж.....	167
72. ВНЕДРЕНИЕ ЭРГОТЕРАПИИ И КИНЕЗОТЕРАПИИ В ОКАЗАНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДЦП	
Хамадиева А.Ф., Тажибаева Д.Т.....	171
73. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ)	
Хохлова Н.Ю., Баймуханов Р.М., Королькова Н.Л., Постельняк Е.А.....	174
74. АНИМАЦИОННАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Щевцова Е.Е., Золотенкова А.А.....	175
75. ПОСВЯЩЕННОЕ ПАМЯТИ СТОРОЖЕНКО НИКОЛАЙ АФАНАСЬЕВИЧА	178
76. 40 YEARS AND MORE OF FRIENDSHIP & COLLABORATION WITH N.A STOROZHENKO	
Umberto Solimene, Secretary General FEMTEC.....	179



Уважаемые коллеги!

Выпуск данного номера журнала «Вопросы реабилитологии» посвящен материалам 67-ой Генеральной Ассамблеи Всемирной Федерации Водолечения и Климатотерапии (FEMTEC), которая впервые проходит в Республике Казахстан.

В работе FEMTEC на нашей казахстанской земле принимают участие наши гости, ведущие курортологи мира, научные сотрудники и практические врачи из 25 стран мира.

Хочу поприветствовать всех наших дорогих гостей, пожелать всем плодотворной работы на этом международном форуме.

Очень важно, чтобы информация, представленная на данном мероприятии ведущими курортологами из разных уголков мира, была не только современной, но и носила практический характер, позволяя курортологам, реабилитологам и практическим врачам в нашей стране глубже понимать значение санаторно-курортного лечения и дала толчок бурному развитию курортного дела в Республике Казахстан. Хочется верить, что участие в работе 67-ой

Генеральной Ассамблеи FEMTEC и ознакомление с международным опытом для наших врачей, курортологов и исследователей, несомненно, станет своеобразной школой.

Страницы нашего журнала всегда открыты как для известных казахстанских и зарубежных авторов, так и для молодых специалистов, начинающих свой путь в науке, для практических врачей всех специальностей, готовых поделиться опытом и интересными клиническими наблюдениями. Это открывает широкие перспективы в развитии медицинской науки в целом, реабилитологии и курортологии в частности.

Надеюсь на заинтересованное знакомство с материалами данного выпуска нашего журнала «Вопросы реабилитологии».

Вице-президент FEMTEC по Республике Казахстан, главный внештатный реабилитолог МЗ РК, Председатель правления АО «Республиканский детский реабилитационный центр», доктор медицинских наук, профессор, Шолпан Адильжановна Буклебаева

Dear Colleagues!

The journal "Rehabilitology Questions" is dedicated to material of the 67th General Assembly of World Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy (FEMTEC) which takes place in the Republic of Kazakhstan for the first time.

In the work of FEMTEC, on our Kazakhstan ground, take part our guests, leading balneotherapy specialists, research workers and practicing physicians from 25 countries from all over the world.

I want to greet our Dear Guests, wish them effective work on this international forum.

It is very important that the information, which is represented on the event by leading balneotherapy specialists from across the world, will be not only new but useful, and allow balneotherapy specialists of our country understanding the meaning of sanatorium-resort treatment and give rise to development of health resort business in the Republic of Kazakhstan. I want to believe that participation in the 67th General Assembly FEMTEC and introduction to international experience will be training for our physicians, balneotherapy specialists and research workers.

Our journal is always welcome for Kazakhstan and foreign famous authors, also for graduates, who start their way in science, for practicing physicians from different fields, who are ready to share with their experience and interesting clinical observation. It opens great perspectives in the development of medical science, recreation therapy and balneotherapy particularly.

I hope for your interested introduction with issue of journal "Rehabilitology Questions".

Vice-President of FEMTEC in the Republic of Kazakhstan, main freelance recreation therapist of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Chief Executive Officer of "Republican children's rehabilitation center", JSC, Doctor of Medicine, Professor Sholpan Bulekbayeva.

СТОРОЖЕНКО НИКОЛАЙ АФАНАСЬЕВИЧ

Президент Всемирной Федерации Водолечения и Климатолечения Президент Национальной Курортной Ассоциации Заслуженный врач Российской Федерации



Почетный профессор Российского Научного Центра восстановительной медицины и курортологии Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой «Менеджмент курортов и рекреаций» Российской международной академии туризма, член ученого совета РМАТ, Академик МАГМР, профессор Европейской Академии Информатизации (Брюссель), награжден орденами «Дружба народов», «Знак почета».

Николай Афанасьевич родился 5 марта 1935 г. в п. Виньковцы Хмельницкой области Украинской ССР. Как и у других представителей этого времени, у него было военное детство, которое по-своему сформировало мировоззрение и деловые качества личности Николая Афанасьевича.

Учился в Одесском государственном медицинском институте, который окончил в

1959 году по специальности «санитарный врач».

В этом же году Председателем Прикарпатского Совета по Управлению курортами Профсоюзов В.Я.Будиловым Н.А.Стороженко был назначен главным врачом одного из крупнейших санаториев СССР – санатория «Днестр» (курорт Моршин, Львовская область, Украина). С командой единомышленников-заместителей за 17 лет работы руководства санаторием много сделал для совершенствования лечения и обслуживания больных, для развития, строительства и благоустройства здравницы.

В 1975 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Клиническая и иммуно-бактериологическая оценка лечебной эффективности Моршинских минеральных вод источников № 1 и № 6 при хроническом холецистите», в которой впервые было доказано, что под влиянием комплексного санаторного лечения повышается иммунологическая реактивность организма, что способствует быстрому выздоровлению и является объективным показателем эффективности лечения. Имеет свыше ста научных публикаций.

В 1976 году секретарем ВЦСПС и будущим председателем ВЦСПС С.А. Шалаевым переведен в Москву на пост заместителя председателя Центрального Совета по управлению курортами профсоюзов СССР, который занимал до 1992 года.

С1992 по 1994 год работал в должности первого заместителя генерального директора санаторно-курортного объединения Федерации независимых профсоюзов России.

Под руководством Председателя ЦС И.И. Козлова, при поддержке крупных талантливых руководителей – С.А. Шалаева и куратора, секретаря ВЦСПС В.Ф. Богатикова – в масштабе СССР Н.А.Стороженко отвечал за организацию лечения на курортах, эксплуатацию здравниц, снабжение и путевки и при этом достиг серьезных результатов.

Перестроечные годы поставили курортное дело на грань разрухи. Но благодаря пониманию проблем, в которых оказались отечественное курортное дело, и поддержке со стороны Ш.А. Тарпищева, О.Н. Сосковца,

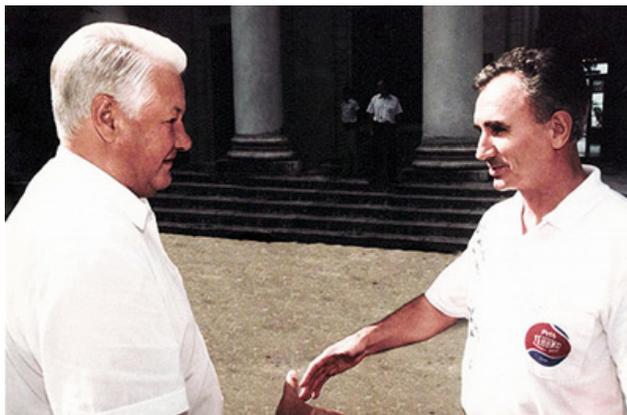
В.В. Илюшина, Л.В. Тягачева и, прежде всего, Президента России Б.Н.Ельцина, курортная отрасль была возвращена в государственное правовое поле. В поручении Президента России Правительству Российской Федерации от 18 сентября 1994 года было сказано. «Решение вопроса не терпит отлагательств. Главное, не дать растащить материальную базу. Прошу возложить реализацию задач сохранения и развития курортного комплекса страны на Госкомитет по физической культуре и спорту».



Курорт Моршин, санаторий «Днестр»



Всероссийский центральный совет профессиональных союзов (ВЦСПС)



*Встреча с Президентом России Б.Н.Ельциным
Сочи, санаторий «Русь», 1995 год*



*Прием иностранной делегации.
В центре Председатель государственного Комитета по
физической культуре, спорту и туризму Ш.А. Тарпищев,
справа от него первый заместитель Председателя В.А.
Хоточкин, заместитель Председателя Н.А. Стороженко
(Москва, ГКФТ, 1996 г.)*

В годы перестройки Н.А.Стороженко был назначен заместителем Председателя Государственного Комитета по физической культуре, спорту и туризму. За время работы в Комитете (а именно на эту структуру была возложена обязанность сохранения и развития санаторно-курортного комплекса в 90-е гг.) принимал самое непосредственное участие в разработке Федерального Закона «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», который был принят в феврале 1995 г. и многих других основополагающих отраслевых документов.

При непосредственном участии Н.А.Стороженко постановлением Правительства Российской Федерации от 2 февраля 1996 г. была утверждена «Федеральная целевая программа «Развитие курортов Федерального значения», участвуя в разработке которой Николай Афанасьевич, старался сделать все возможное для отстаивания интересов Российских курортов, активно помогая в решении стоящих задач.

Кроме того, в 1996—1998 гг. с его участием был подготовлен ряд материалов, направленных на сохранение и развитие курортной отрасли России, которые впоследствии были сформулированы в пяти постановлениях Правительства Российской Федерации.

Принятие Федерального Закона, Федеральной целевой программы, постановлений Правительства Российской Федерации и многих других основополагающих отраслевых документов не только предотвратили развал курортной отрасли, стабилизировали ситуацию, но и создали правовые и экономические основы развития курортов в нашей стране.

В 1996 году Н. А.Стороженко избран Президентом Национальной Курортной Ассоциации, а в 1998 году — Президентом Всемирной Федерации Водолечения и Климатолечения.

Создание Национальной Курортной Ассоциации, учрежденной 17 июля 1996 г. по инициативе 9-ти крупнейших российских курортов и санаторно-

курортных объединений, в том числе курортов «Старая Русса», «Белокуриха», «Русь» (г. Сочи), объединения «Ульяновсккурорт», Ассоциации курортов Северо-Запада России и ряда других, явилось результатом стремления российских здравниц обеспечить защиту общих интересов, скоординировать свои действия и усилия, направленные на расширение и развитие санаторно-курортных учреждений, повышение качества обслуживания, обеспечения конкурентоспособности здравниц на внутреннем и внешнем рынках. Эти требования, включенные учредителями в Устав Ассоциации, оказались исключительно своевременными и привлекательными для многих здравниц. Свидетельство тому — интенсивный рост числа членов Ассоциации.

Под эффективным руководством Н.А.Стороженко Национальная Курортная Ассоциация сумела завоевать признание как стабильно развивающаяся общественная организация. По инициативе Ассоциации и при непосредственном ее участии были подготовлены и приняты Государственной Думой и Правительством Российской Федерации законодательные и нормативные акты, направленные на сохранение и развитие курортного комплекса России. И сегодня Национальная Курортная Ассоциация активно сотрудничает со многими международными общественными организациями в области курортного дела, проводит научные конференции, выставки и международные конгрессы. Она является членом Всемирной Федерации Водолечения и Климатолечения (ФЕМТЕК), объединяющей курортные организации более 40 стран мира.

Избрание Н.А.Стороженко Президентом Всемирной Федерации Водолечения и Климатолечения свидетельствовало о признании его заслуг в развитии курортологии.

Всемирная Федерация Водолечения и Климатолечения (ФЕМТЕК) создана в октябре 1937 г. и является самым представительным в мире общественным объединением в санаторно-курортной сфере. В нее входят национальные федерации и

ассоциации, а также центральные государственные организации, ведающие курортным лечением таких стран как Андорра, Венгрия, Германия, Италия, Куба, Литва, Россия, Тунис, Украина, Франция, Южная Корея, Япония, и др.

В число задач FEMTEC входит: сотрудничество с научными учреждениями и другими общественными и частными организациями, цели которых близки Федерации; организация международных конгрессов, симпозиумов и семинаров с целью изучения организационных и научных проблем в санаторно-курортном деле; обмен опытом и научной информацией в области водолечения и климатолечения; популяризация курортов стран-членов FEMTEC на международном уровне; международное деловое сотрудничество в санаторно-курортном деле.

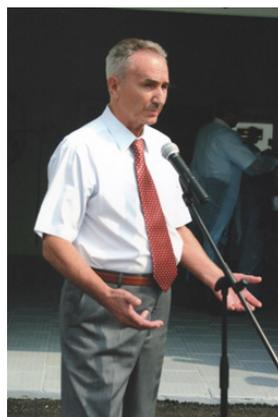
Члены FEMTEC активно участвуют в различных международных выставках и конференциях, включая Всероссийские форумы «Здравница», принимают участие в сессиях Генеральной Ассамблеи, заседаниях Правления и Исполкома (органы управления FEMTEC). Национальная Курортная Ассоциация является членом FEMTEC с 1995 года.

Генеральная Ассамблея FEMTEK 9 октября 1998г. в Москве решением полномочных представителей из Андорры, Армении, Белоруссии, Венгрии, Грузии, Германии, Испании, Франции, Италии, Молдавии, Японии, Португалии, Украины, Туниса и России, передала руководящую роль в FEMTEK России. Такому решению предшествовало знакомство руководителей FEMTEK с постановкой курортного дела в нашей стране, совместные заседания Исполкома и Правления в Санкт-Петербурге и вступление в Федерацию России и Украины.

Следует отметить, что с передачей президентства в FEMTEK России во время ежегодных Генеральных Ассамблей Федерации начали проводиться Международные Научные Конгрессы. Таким образом, Ассамблея вырабатывает политику международной деятельности, а Научный Конгресс — обоснование этой политики учеными и практиками курортного дела, правительственными организациями и общественными деятелями стран-участниц Федерации.

Активная работа в FEMTEK известных ученых и практиков курортного дела, таких, как И. Флюк (Венгрия), К. Джаннотти Печчи, У.Солимене (Италия), А. Разумов (Россия), М. Лобода (Украина), Ф. Дуас (Тунис), К. Енг Мин (Корея), Т.Таки (Япония), и Ф. Менендес (Куба) укрепили ее авторитет в международной арене.

FEMTEK активно сотрудничает с Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), будучи ее ассоциированным членом, как неправительственная организация, участвуя в конкретных программах, осуществляемых ВОЗ. Тесные контакты с ВОЗ не только повышают авторитет курортного движения, но и свидетельствуют о том, что оно является составной частью здравоохранения в мире. Развитие курортов и курортной медицины, ее доступность и эффективность, является одной из приоритетных задачах, поставленных Всемирной Организацией Здравоохранения на XXI век,



Выступление

Н. А. Стороженко совместно с академиком А. Н. Разумовым стали инициаторами организации и проведения Всероссийского форума «Здравница», являющегося самым важным и крупным ежегодным событием в отечественной курортологии.

Идея организации Всероссийских форумов «Здравница» возникла в

конце прошлого века, когда руководители санаторно-курортных организаций, столкнувшись с трудностями переходного периода, поняли необходимость объединения своих усилий в борьбе за сохранение и развитие этой важнейшей отрасли здравоохранения.

Благодаря усилиям Академика РАН А.Н. Разумова, поддержанным Минздравом России, Федерацией независимых профсоюзов России, Национальной Курортной Ассоциацией и руководителями санаторно-курортной отрасли, 22 января 2001 года было принято распоряжение Правительства Российской Федерации № 81-р о проведении в г. Москве в октябре 2001 г. Всероссийского форума «Здравница», а также о проведении аналогичных форумов в последующие годы.

С 2001 года Николай Афанасьевич Стороженко являлся сопредседателем постоянно действующего оргкомитета Всероссийского форума «Здравница», был одним из его идеологов. В 2003 году выступил в роли одного из главных организаторов форума «Здравница», проходившего в Кисловодске и посвященного 200-летию основания КМВ. Он принимал активное участие и в подготовке последнего форума «Здравница», прошедшего 21 – 23 мая этого года в Белокурихе.

Всю свою профессиональную жизнь Николай Афанасьевич посвятил курортологии. Он неустанно боролся за сохранение курортных территорий в России, ее природных ресурсов, их рациональное использование. Строительство новых санаторно-курортных и оздоровительных объектов, оснащение санаториев современным оборудованием, решение важных вопросов для дальнейшего развития самих курортов проходили при непосредственном участии Николая Афанасьевича.

«В целом этот человек очень много сделал для развития курортологии в России. В отличие от зарубежных курортов, только в нашей стране до сих пор сохраняется санаторно-курортное дело в классическом его понимании, – отмечает А.А.Бенгардт, председатель Совета директоров ЗАО «Курорт Белокуриха».

Помимо курортологии, Н.А.Стороженко много сделал и для становления российского туризма, профессионального туристского образования.

Н.А.Стороженко пользовался заслуженным авторитетом в научных кругах курортологов,

огромным уважением курортологов-практиков, как в нашей стране, так и за рубежом.

По словам президента холдинга Центрального Совета по туризму и экскурсиям В. Пугиева, который много лет работал с Н.А.Стороженко, он «не знал второго человека, который был так предан курортному делу. Николай Афанасьевич до последнего дня своей жизни боролся за сохранение курортных территорий в России».

Председатель Комитета по туризму и гостиничному хозяйству Москвы, президент Российского союза туристической индустрии С. Шпилько так охарактеризовал деятельность Н.А.Стороженко: «Он жизнь свою положил на то, чтобы люди могли лечиться на курортах и жить дольше. В самые непростые годы

сумел сплотить курортное сообщество. И лучшая дань памяти Николая Афанасьевича – не поступаться его принципами».

Николай Афанасьевич Стороженко был специалистом высшего класса, умным, талантливым руководителем, воспитанным в лучших традициях классической школы курортологии, энергичным, доброжелательным, полным планов и надежд человеком. Умный, честный, харизматичный, настоящий профессионал, искренне болеющий за дело, обаятельный, всегда искренний и внимательный, относящийся к жизни со снисходительной иронией, таким знали и таким запомнят Николая Афанасьевича его родные, друзья и коллеги.

“HYDROGLOBE” A PROJECT AND AN OPERATING PAPER TO CREATE A MODERN CONCEPT OF THERMALISM APPLIED TO HEALTH AND WELL-BEING

Prof. Umberto Solimene
**Secretary General, FEMTEC (World Federation of Hydrotherapy and
Climatotherapy)**

Thermal medicine is one of the oldest forms of western therapy and, in that respect, should be considered as a traditional medicine (according to the definition of the World Health Organization).

Based on the above, the “Thermae” as an integrated set of natural resources, facilities, and services, can be seen as a meeting point among different forms of medical culture to offer therapy and rehabilitation, as well as health preservation options. In different traditions and cultures, this is where people could find relief from their ailments, as well as the opportunity to exercise and develop their physical and sport capabilities, to meet and socialize.

With the use of water for therapeutic purposes, whose sources were often connected, in different forms, to mythological or sacred events, and with the scientific, economic, and social development of populations in time, thermalism experienced ups and downs in its different applications – including medical and scientific, architectural, and management ones.

Today, with the huge progress of scientific medicine, the use of a medium (water) that is apparently simple, yet complex and not at all thoroughly investigated, may seem redundant, if not unnecessary.

In the age of pharmacogenomics, metabolomics, lipidomics, and highly sophisticated diagnostic and surgical techniques, in fact, the role of the Thermae can appear at best out of fashion. Indeed, a more comprehensive definition of the physical and psychic wellbeing of people calls for the acknowledgement of a deep transformation of some key words of the welfare system.

According to the new construction of such term, a shift is under way from the State that only provides assistance and treats diseases (the citizen-user of the healthcare system with a passive role) to the Welfare Community (if we are sick we become partners of treatment, if we are healthy our individual prevention becomes a benefit for the community).

Health, then, does not identify the treatment of the disease, but rather the promotion of well-being and the development of personal skills, taking into account the different individual conditions. It is a true revolution that affects healthcare organization models by shifting the focus from the acute phase to primary and secondary prevention, to the promotion of appropriate lifestyles, and to relations between health, safety, and the living and working environment (White Paper of the Ministry of Health: The future of the welfare model, 2009).

Therefore thermalism should not only be judged in terms of therapeutic efficiency, but also as a means for prevention and active contrast to medicalized lifestyles, i.e. in favour of health and well-being preservation (with subsequent drug-economy benefits) (Agenda of the

Ministry of Health: Gaining health).

In short, changing from a static idea of the thermal establishment (solely focused on hydrotherapy) to a dynamic idea of thermal approach aimed at well-being, which also includes the former.

It should also be noted that the onset of a disease often does not depend on one cause, but rather on multiple combined factors (e.g. pollution, nutrition, psychological conditions, prior diseases, etc.). Acting on these and on their negative impact on the body would finally mean implementing true disease prevention.

Medicine, in fact, is (or perhaps should be) aimed at dealing with ill people to help them recover, and with healthy people to help them preserve their health.

Integrated Thermal Medicine, which leverages on the technical and classic know how of medical hydrology and climatology combined, wherever necessary, with traditional therapeutic treatments and techniques based on other medical principles (e.g. traditional Chinese or Indian medicine, phytotherapy, etc.), should see man as a whole, and refuse to focus on one part or one organ, but rather aim at restoring both the ill part and the functional balance of the entire body.

Integration, rather than alternative. However, it is important to note that these are medical deeds that should be performed by professional and qualified operators, supported by specialized and appropriately trained staff. This would be a practical proposal to respond to actual sector-specific needs. Today the missions of the Italian and European Thermal System can be summarized as follows:

1. European thermal tradition: innovate and implement to ensure the appropriate application of therapeutic and complementary treatments of Integrated Thermal Medicine.

2. Base and clinical research: use base and clinical research to strengthen and enhance the action mechanisms, the therapeutic efficiency, and the related drug-economy business of thermal treatments

3. Complementary Medicine: develop the themes of Complementary Medicine capable to promote the development of medicine as a whole through the recovery of its human and holistic traits

4. Well-being sciences: train and update specialists on the therapeutic role of the Thermae, as well as on approaches to wellness (physical exercise, nutrition, appropriate lifestyles)

5. Technology, management, and quality control: provide updates and advanced skills, also through practical workshops for specialists in the different sectors.

This development of the concept of thermalism and of its role in modern society is also highlighted by market

trends at times of economic stagnation, like the present one.

Italy has over 380 Thermal Establishments in 20 Regions and 170 Cities, with more than 60,000 direct and indirect operators. Establishment distribution sees Campania rank first (113), followed by Veneto (109), Emilia Romagna (24), Tuscany (23), Latium (18), and Lombardy (16).

In short, a constant and interesting growth trend is in place that, however, should also be governed through innovation and quality control to ensure stability in the light of international challenges.

These two important elements call for investments to modernize the existing facilities and technologies; for research and sustainable exploitation of water resources; for new marketing and management forms, as well as – particularly – for research and staff training (at all levels and functions).

These are crucial issues both for appropriate execution of the proposed therapeutic and complementary treatments (e.g. beauty treatments and techniques from other cultures), more and more often included in integrated thermal medicine, and to ensure that guests (customers-patients) can enjoy safe, effective, and professional quality.

The HYDROGLOBE project

(see also the FULL RAPPORT in the FEMTEC web site :www.femteconline.org)

The above remarks provide a basis inspiring the main parties (Committing and Committed Committees) involved in the Hydroglobe project, i.e. the World Federation of Hydrotherapy and Climatology (FEMTEC), a non-governmental organization founded in 1937 with official relations with the World Health Organization (WHO), which provided technical-methodological support, the Experts of the International Medical Hydrology Association (ISMH) and, particularly FoRST (the Foundation for Scientific Research on Thermalism), without whose coordination and support the project could not have been implemented.

In over one year of efforts, the Experts have prepared a general organizational and scientific overview of thermalism around the world.

The results of the study respond to the following main goals of the project:

- Prepare a definition, shared by the highest possible number of people, of what should be intended by the term HT and which theories, methods, instruments, and products it includes;
- Describe the long-standing historical usage tradition and the broad area of diffusion of the method, by which it falls among the oldest and most widespread Traditional Medicines in the world;
- Describe the methods used by Hydrotherapy and the relevant action mechanisms;
- Collect and process data on the use and diffusion of HT in various countries;
- Explore the legal status of HT in different countries;
- Carry out a research on the scientific literature available on HT to document its safety, efficacy, and appropriate use;
- Provide a monitoring survey and data to the World Health Organization on the legal status of HT in the

different countries in order to allow an evaluation of the global use of this medicine.

It is a base and direction paper that the WHO deemed it appropriate to include in the strategic lines for Traditional Medicines for the 2014-2023 period, stressing the relevant significant opportunities and development issues. It is also a strategic tool for Governments in broad regions around the world (Central/Latin America, China, Central Asia), which are directing their own National Health Systems towards greater use and integration of thermal medicine. The organizations participating to the project, supported by FoRST, provide their expertise and their achievements to ensure a broader qualified, operational, and responsible diffusion of thermal medicine around the world.

In short, the “Hydroglobe Report” is offered as a tool to identify a scientific-organizational method to reintroduce processes on which traditional and Hippocratic medicines were founded, and which we have partly lost.

The Thermae, in their latest version (3.0 according to the IT language), are well determined to regain their role focused on treatment and the promotion of health and well-being using a strictly scientific and professional approach.

P.S The FEMTEC Congress in ASTANA (Kazakhstan) 2014

The choice of the site is not casual. Kazakhstan is a contiguous transcontinental Country in CENTRAL ASIA, with its smaller part west of the Ural River in EUROPE. Kazakhstan is the world’s largest landlocked Country by land area and the ninth largest Country in the world.

The terrain of Kazakhstan includes flatlands, steppe, woods, rock, canyons, hills, deltas, snow-capped mountains, mineral springs and deserts.

The use of mineral waters and climatic resources is part of the his cultural heritage and need to improve by modern methods of researches, technical equipment in a new vision of the health government.

The “old west” can help the “new east” in this process. For that FEMTEC has promoted the project HYDROGLOBE with the goal to have a worldwide framework on hydrotherapy.

The EAST-WEST FORUM that will take place in ASTANA, the modern Capital of Kazakhstan, and BOROVOIE Springs, beautiful place 200 km far from the Capital, will be an important step in this process and real cultural bridge.

The Scientific Sessions of the Congress will be at the Republican Rehabilitation Children’s Center, Institution of the excellence in this sector.

Basic references

WHO TRADITIONAL MEDICINE STRATEGY 2014-2023

www.who.int

Websites

www.femteconline.org

www.fondazioneforst.it

www.naturmed.unimi.it

<http://www.ismh-direct.net>

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ СЛУЖБА В КАЗАХСТАНЕ: ВЧЕРА И СЕГОДНЯ. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.

Булекбаева Ш.А.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

Введение. Общеизвестно, что генеральное направление общественной службы здравоохранения – профилактическое. Однако, по целому ряду причин, в том числе немедицинского характера (экономических, политических и др.), в здравоохранении долгое время «вынужденно» превалировало лечебное дело.

Многочисленные исследования в области профилактики заболеваний показывают, что в комплексной реабилитации и санаторно-курортном лечении нуждаются практически все категории граждан, независимо от характера заболевания, места проживания, социального статуса, профессиональной деятельности и т.д. [1].

По данным казахстанских ученых, экономическая эффективность и окупаемость от реализации мероприятий от проведенного санаторно-курортного лечения позволяет в среднем снизить госпитализированную заболеваемость на 25%, число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений по поводу болезни на 10,8%, среднее число дней нетрудоспособности на один случай на 25,9% [2].

Наряду с медицинской реабилитацией, санаторно-курортное лечение являлось важным компонентом восстановления и поддержания здоровья граждан, а также частью общей структуры здравоохранения - «поликлиника – больница – санаторий». Санаторно-курортное лечение не только выполняла общенациональную социально-значимую функцию по профилактике заболеваний и реабилитации больных, но и обладала безальтернативными методами лечения многих социально-значимых заболеваний.

Исторически санаторно-курортное дело в Республике стало развиваться с середины 19 века. В массовом порядке освоение курортных ресурсов республики шло в СССР. Перемены, произошедшие в 90-е годы после развала Союза, привели к коренным изменениям в курортном комплексе при переходе к рыночным отношениям: сеть санаторно-курортных организаций ежегодно сокращалась, приватизация ряда из них привела к изменению профиля их деятельности. Эти серьезные изменения носили, как положительный, так и отрицательный характер [3].

Сложная экономическая и политическая ситуация начала 90-х годов прошлого века привела к негативным последствиям для санаторно-курортного комплекса Казахстана, способствовавшая резкому спаду производства санаторно-оздоровительного продукта. Помимо значительных неблагоприятных экономических последствий это повлекло к потере кадрового потенциала и снижению необходимого уровня материально-технического оснащения, в том числе лечебно-диагностического и реабилитационного оборудования санаторно-курортных учреждений.

Наряду с этим, в значительной степени уменьшились объемы научных исследований в области разведки и использования лечебных ресурсов, разработки и внедрения в практику новых методик санаторного лечения.

Данное обстоятельство крайне негативно сказалось на состоянии здоровья населения республики, так как санаторно-курортный комплекс был важным элементом социальной инфраструктуры страны, обеспечивающий возможность оздоровления и активного отдыха широких слоев населения.

Вместе с тем, ситуация с 2005г. стала меняться к лучшему и мы наблюдаем рост санаторно-курортных и реабилитационно-оздоровительных организаций в стране.

А.Г.Дерновой в 2007г. провел инвентаризацию санаторно-курортных организаций Республики Казахстан и выявил 507 различных организаций, из них активно функционирующих только 340, что составляет 67%. Эти организации используют широкий спектр природных факторов и медицинских технологий, таких как, физиотерапия – в 82%, бальнеотерапия – в 34%, пелоидотерапия – в 42%, массаж – в 75%, спелеотерапия – в 7%, фитотерапия – в 30%, диета – в 80%, кинезотерапия – в 78% случаях. Им проведено кластерное распределение и рейтинговая оценка санаториев и курортов, что является базой для анализа и управления всей системой санаторно-курортного обслуживания. Также автор отмечает, что на сегодняшний день отсутствуют законы, регламентирующие санаторно-курортную и рекреационную деятельность, и определяющие эти два термина. Все нормативные акты СССР в Казахстане упразднены, свои не созданы и санаторно-курортное (и рекреационное) дело оказалось в правовом «вакууме»[3].

Современный этап развития отечественной системы здравоохранения, в силу изменившейся общей социально-экономической ситуации в Казахстане, знаменуется началом нового курса государства на развитие профилактического направления. Уровень состояния здоровья народа с позиций ее безусловной актуальности определяет меру социально-экономического, культурного, индустриального развития страны и как фактора национальной безопасности.

В обществе растет понимание того факта, что санаторно-курортное лечение является одним из важнейших звеньев в оказании реабилитационной помощи населению. Внимание к проблемам организации санаторно-курортного лечения населению также во многом обусловлено многообразием и богатством природных лечебных факторов республики, ресурсы которых могут обеспечить существующую

потребность и создать предпосылки для формирования конкурентоспособного отечественного продукта, использование возможностей которого представляется особенно важным в оздоровлении населения.

Импульсом в сторону развития реабилитационной помощи явилось принятие Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, где одной из мер явилось совершенствование системы поэтапного восстановительного лечения, медицинской реабилитации [4]. В рамках реализации данной программы в декабре 2013г. Министерством здравоохранения Республики Казахстан утвержден приказом №759 от 27.12.2013г. «Стандарт организации оказания медицинской реабилитации населению Республики Казахстан» (далее - Стандарт).

С целью доступности медицинской помощи и повышения эффективности комплексной реабилитации, были внедрены международные критерии, основанные на мировом опыте, в соответствии с которыми

определяется объем необходимых реабилитационных услуг на каждом этапе оказания реабилитации.

Результаты исследований. Нами проведен анализ деятельности санаторно-курортных и иных организаций, занимающихся оздоровлением и профилактическим направлением.

Ниже, в таблице 1, представлены данные Агентства статистики Республики Казахстан за 2007 и 2013гг.

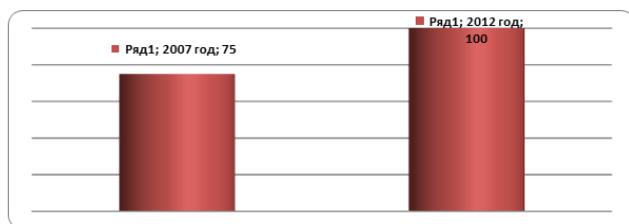
Согласно таблицы 1, в целом по республике отмечается увеличение числа санаторно-курортных и реабилитационных организаций со 140 организаций в 2007г. до 169 в 2013г. Но вместе с тем, в 3 областях не наблюдается рост числа организаций (Актюбинская обл., Атырауская обл., Павлодарская обл.) и в 3-х областях (Карагандинская, Восточно-Казахстанская и Северо-Казахстанская) отмечается уменьшение их количества.

Наглядно динамика роста количества санаторно-курортных организаций представлена на рисунке 1

Таблица 1 - Сеть санаторно-курортных и реабилитационно- оздоровительных организаций

Наименование	санатории	санатории-профилактории	пансионаты с лечением	РЦ для детей	дома отдыха, лагеря кругло-суточн	санатории	санатории-профилактории	РЦ для взрослых и детей	дома отдыха, лагеря кругло-суточн.	Всего	
										2007	2013
РК	75	33	10	11	11	100	20	40	9	140	169
Акмолинская	7	1	3		2	9	1	1	3	13	14
Актюбинская	2	4		3		3	4	1	1	9	9
Алматинская	10			1	2	13	2	2	2	13	19
Атырауская	3	2		1		4	1	2		6	7
3-Казахстанская	4					4		1		4	5
Жамбылская	5	2				6		4		7	10
Карагандинская	11	7		1	3	9	5	2		22	16
Костанайская	3	4				3	2	2		7	7
Кызылординская	2	1	2			5		4		5	9
Мангистауская	1					1		3		1	4
Ю-Казахстанская	13	3	1		1	24	2	7	2	18	35
Павлодарская	2	2	1	1	1	2	2	3		7	7
С-Казахстанская	1	1		1		1		1		3	2
В-Казахстанская	4	4	1	1	2	7				12	7
г. Астана	0			1		1		1		1	2
г. Алматы	7	2	2	1		8	1	6	1	12	16

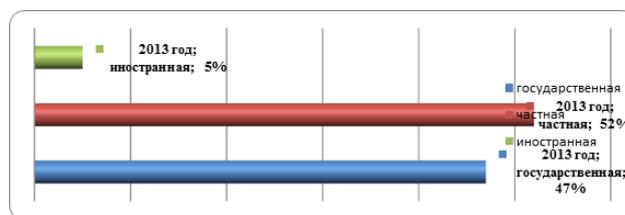
Рисунок 1 – Динамика роста санаторно-курортных организаций



Согласно рисунка 1, за 5 лет отмечается существенный рост числа санаторно-курортных организаций, которые обеспечивают реабилитацию, оздоровление и профилактику по основным заболеваниям населения республики.

Наименование	Койки		Численность лечившихся (чел.)	
	2007	2013	2007	2013
РК	20 561	23 672	278 145	340 058
Акмолинская	2 526	3 219	43 043	79 060
Актюбинская	765	686	8 812	7 750
Алматинская	1923	3 177	29 847	40 272
Атырауская	353	761	3 380	4 786
3-Казахстанская	440	570	2 966	6 889
Жамбылская	1218	1 320	11 506	14 681
Карагандинская	2851	2 616	33 919	25 751
Костанайская	1272	1 344	16 691	16 334
Кызылординская	947	1 088	12 465	19 005
Мангистауская	50	350	191	800
Ю-Казахстанская	4092	5 568	49 668	81 533
Павлодарская	1190	996	14 600	13 078
С-Казахстанская	70	70	582	978
В-Казахстанская	1279	611	9 563	7 173
г. Астана		81	0	3 451
г. Алматы	1585	1 215	40 912	18 517

Рисунок 2 – Распределение сети санаторно-курортных и реабилитационно-оздоровительных организаций по формам собственности



Согласно представленному рисунку 2, в системе санаторно-курортных и реабилитационно-оздоровительных организаций негосударственный сектор занимает – 52%, государственная собственность – 20%, собственность других государств - 5%.

Нами проведен анализ числа развернутых коек и количества больных, оздоровленных в санаториях и реабилитационных центрах республики, что представлено в таблице 2.

В таблице 2 рассмотрены два показателя – коечная мощность, количество пролеченных пациентов в санаторно-курортных и реабилитационно-оздоровительных организациях за 2007 и 2013гг.

Сеть санаторно-курортных и реабилитационно-оздоровительных организаций по состоянию на 1 января 2013г. составила 23 672 и соответственно 20 561 в 2007г.

Количество оздоровленных составило 340 058 человек в 2013г., 340 058 человек в 2007г.

За анализируемый период увеличилась численность лечившихся человек на 1,2 раза, что обусловлено спросом на санаторные услуги за счет повышения заболеваемости населения в республике, расширения спектра услуг, повышения уровня комфортности здравниц и материально-технического оснащения.

Детям санаторно-курортное лечение в 2013г. осуществлялось в 8 санаториях на 835 койках, где получили оздоровление более 12 тысяч детей. Госпитализировались пациенты в санатории по следующим профилям: заболевания желудочно-кишечного тракта, патология органов дыхания, нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Отмечается развитие реабилитационной службы.

Таблица 3 – Численность реабилитационных центров (детские)

Наименование учреждения	койка							
	детские		дневные		материнские		беременные	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
РГКП «Республиканский центр реабилитации для детей и подростков МЗ РК» (Акмолинская обл.)	100	100						
ГКП «Областная больница восстановительного лечения детей с поражением цнс «БОЛАШАК»(Кокшетау)	60	60	40	40	32	32		
ГГКП «Городской детский реабилитационный центр»	63	63						
РГКП «РДРЦ «Балбулак» (г.Алматы)	60	75			20	20		

АО «Республиканский детский реабилитационный центр» (г.Астана)	300	300				20		
ГКП на ПХВ «Областной реабилитационный центр для детей с неврол. патологией» (г.Тараз)	46	46			5	5		
ГКП на ПХВ «Жамбыльский областной реабилитационный центр «Материнство и Детство» (г.Тараз)	80	80			20	20	70	70
ГУ «РЦ «Умит» (г.Караганда)	150	150						
КГКП «Павлодарский городской центр реабилитации детей» (г. Павлодар)	амб	амб						
Кызылординский филиал АО «Республиканский детский реабилитационный центр» (г. Кызылорда)	50							
ГККП «Областной детский реабилитационный центр» (г.Шымкент)	100	100						
ГККП «Областной реабилитационный центр «Мейрим» (г. Шымкент)	100	80				20		
ГККП «Шымкентская городская детская больница» от 0 до 14 лет (г. Шымкент)	100	100						
Всего	1209	804	46	46	77	117	70	70

В системе МЗ РК функционируют 13 детских реабилитационных центров, из которых 8 являются специализированными и предназначены для лечения детей с неврологической патологией, 2 центра для реабилитации детей с неврологической, ортопедической патологиями и состоянием, после кардиохирургических вмешательств, 2 - общесоматического профиля, 1 – для больных с заболеванием органов дыхания.

Кроме того, реабилитационная помощь детям в республике оказывается 2 частными центрами, из которых РЦ «Токтамыс» оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь по профилю неврология, ортопедия, РЦ «Акбобек» – специализированную реабилитационную помощь на 86 круглосуточных койках для детей с общесоматической и неврологической патологиями.

В 2013 году введен в эксплуатацию Реабилитационный медицинский центр «Клиника Дару» в г.Актобе, построенный в рамках программы государственно-частного партнерства, где имеются 32 реабилитационные койки для детей с неврологической патологией.

Согласно вышеуказанного Стандарта, реабилитация будет оказываться по трем основным профилям: кардиологии и кардиохирургии; неврологии и нейрохирургии; травматологии и ортопедии.

Перспективы развития системы санаторно-курортного обслуживания населения Казахстана заключаются в проведении комплекса мероприятий государственного уровня:

- организация отделений (кабинеты) медицинской реабилитации в структуре многопрофильных стационаров, больниц и на базе санаторно-курортных организаций;

- разработка Концепции перспективного развития санаторно-курортного обслуживания в Республике Казахстан;

- формирование предложений по включению в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи санаторно-курортного лечения, в первую очередь социально уязвимым группам населения;

- создание Научно-исследовательского Центра курортологии и реабилитологии;

- привлечение санаторно-курортных организаций к исполнению государственного заказа на проведение реабилитации;

- внедрение медицинской статистики по санаторно-курортному обслуживанию [3].

Таким образом, данные шаги позволят оказать влияние не только на качество и эффективность оказания санаторно-курортной помощи населению страны, но и создать принципиально новую управляемую модель оказания помощи, тем самым приблизив страну к целевым приоритетам организации системы здравоохранения на основе профилактической медицины.

Литература:

1. Бойко О.В. Охрана психического здоровья.-М.,2004.
2. Дерновой А.Г. Концептуальные основы управления и перспективного развития санаторно-курортной службы в Республике Казахстан: Дис.....дра мед. наук. – Л., 2006.
3. Дерновой А.Г. Научные подходы к оздоровлению населения Республики Казахстан на основе использования природного потенциала. – Алматы: Искандер, 2007. – 362с.
4. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015годы.

РЕЗЮМЕ

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ СЛУЖБА В КАЗАХСТАНЕ: ВЧЕРА И СЕГОДНЯ. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.

Булукбаева Ш.А.

Переход к рыночным отношениям болезненно отразился на санаторно-курортной службе Казахстана: сеть санаторно-курортных организаций ежегодно сокращалась, приватизация ряда из них привела к изменению профиля их деятельности. В годы перестройки, здравницы оставшись без государственного финансирования, сами должны были обеспечивать свою деятельность в условиях низкого платежеспособного спроса.

С середины 90-х годов в курортной отрасли Казахстана наметились положительные тенденции развития. В настоящее время сеть представлена 169 санаторно-курортными и реабилитационно-оздоровительными организациями.

В настоящее время курорты Республики Казахстан располагают уникальным спектром лечебных минеральных вод, лечебных грязей и других природных лечебных и климатических факторов, в том числе не имеющих аналогов в мире.

Казахстанские курорты имеют реальную возможность конкурировать не только на внутреннем, но и на международном туристском рынке.

Высокая экономическая эффективность и окупаемость по реализации мероприятий от проведенного санаторно-курортного лечения, создают предпосылки по формированию конкурентоспособного отечественного продукта и приблизить страну к целевым приоритетам организации системы здравоохранения на основе профилактической медицины.

SUMMARY

SANATORIUM – RESORT SERVICE IN KAZAKHSTAN: YESTERDAY AND TODAY. DEVELOPMENT PROSPECTS.

Bulekbayeva Sh.

Transition to market relations had bad impact on sanatorium-resort service of Kazakhstan: chain of sanatorium-resort organizations had cut back annually, privatization of ones led to change of business profiles. During restructuring health resorts were left without government financing and had to render services in conditions of low purchasing power.

In the middle 90th positive tendency of development outlined in resort sector of Kazakhstan. Nowadays chain of organizations is represented by 169 sanatorium-resort and rehabilitation and recreational organizations.

Nowadays resorts of Kazakhstan have unique variety of mineral water, therapeutic mud and other natural health and climate factors including unparalleled anywhere in the world.

Resorts of Kazakhstan have real opportunity to compete not only in domestic but in international touristic market.

High economic efficiency and payback from realization of actions from the carried-out sanatorium-resort treatment create prerequisites for formation of a competitive domestic product and to approach the country to target priorities of the organization of health system on the basis of preventive medicine.

SPA «HAMMAM CHELLALA» GUELMA / ALGERIA: STORIES AND TRADITIONS ARABOMUSULMANES ...

Dr BELAITAR Ahmed

**medecin specialise en medecine thermale/ faculte de medecine de nancy.
medecin de la station thermale : hammam chellala/ guelma/algerie**

frequenting places of Hammam «Chellala» means waterfall in Arabic ... which is formerly called Hammam «Meskoutine» means punits by God in Arabic ... back to the passage of Roman north Africa.

therapeutic spa has emerged at the beginning of the 18th century when the French conquest of Algeria.

a large operation censuses and surveys of more than 200 hot springs throughout the territory.

renovating the old thermal Roman vestiges find yourself in the majority of cases completely degraded and at the same time build new thermal establishments.

in the case of steam Chellala which was the first modern spa establishment built in 1858 under the care of a French

physician Dr. Moreau LEI.

a beautiful waterfall spa petrified 200ms to the thermal baths attracts visitors all curiosities of the premises; formed by the output of a dozen thermal griffins at 97 ° c

in 1976 a large extension of the hotel has been made regarding the hergement care and service.

care at the spa are based on 03 components:

hydrotherapy / water and derivatives of water

Physiotherapy / electrotherapy ultrason..infra red ...

Kinesitherapy / therapy movement.

care spa hammam Chellala tion is supported by social security at a rate of 80%.

12 MONTH EPIDEMIOLOGICAL SURVEY ON PATIENTS ADMITTED IN BALNEAL AND REHABILITATION SANATORIUM OF TECHIRGHIOL

Demirgian Sibel¹, Surdu Olga^{1,2}, Profir Daniela¹, Surdu Traian - Virgiliu²
1 Balneal and rehabilitation sanatorium of techirghiol
2 “Ovidius” university of constanta

Introduction: The Balneal and Rehabilitation Sanatorium of Techirghiol gained its fame over the years, due to the great number of patients treated here with natural cure factors – salted water of the lake and sapropelic mud from the bottom of lake. Aim: statistical analysis of pathology types, of addressability degree of patients with different diseases, to look for arguments which sustain the balneal profile of the above spa unit and indirectly to demonstrate the efficacy of specific balneal treatment.

Material and method: we performed an analysis upon a study group of more than 6000 patients, admitted in the sanatorium between May 2011 – May 2012. All patients underwent an initial clinical examination and then the doctor filled up a questionnaire, which includes some personal data, data about the disease requiring admission (predominant symptom, main symptom location, stress

level caused by the main affection, home physical activity, person who recommended balneal cure), if the patient has in the medical history balneal treatment and what were the results, and finally the group of affections in which fit the existing symptoms. Data from the questionnaires were statistically processed and plotted. The used questionnaire was conceived by a group of doctors from the sanatorium. Discussions and conclusions: data obtained after processing of the questionnaires show that osteoarthritis pathology is predominant, nearly equally with neurological pathology. Also, it seems that age of onset for each group of diseases changed as a consequence of actual social and economic context. Balneal cure with specific natural factors used in sanatorium is efficient for most of the treated affections, fact evidenced by periodic return of patients in this medical unit.

THE BENEFITS OF TREATMENT WITH SAPROPELIC MUD FROM TECHIRGHIOL LAKE IN PATIENTS WITH CHRONIC REGIONAL PAIN SYNDROME

²Demirgian Sibel¹, Surdu Olga^{1,2}, Surdu Traian²
1. Balneal and rehabilitation sanatorium of techirghiol
2 “Ovidius” university constant

Chronic regional pain syndrome (CRPS) usually affects one or more extremities, but can affect virtually any part of the body. It is a condition with unknown etiology that occurs in most of cases after a traumatic event. The objective of this study was to determine the effect of the balneal treatment on the dynamics of the thermographic results and correlation with clinical data of visual analogue scale of pain (VAS score). The study was conducted on a test group of 41 patients, with age between 20-80 years, diagnosed with chronic regional pain syndrome, hospitalized in Balneal and Rehabilitation Sanatorium of Techirghiol. The thermographic measurements were performed in two moments: at the patients admission and 10 days after balneal cure (sapropelic mud., mineral water from the lake, massage, kinetho-therapy). For the statistical analysis of the data, SPSS 18.0 programme was used. Statistically significant decrease (p<0,05) of skin temperature

values 10 days after treatment in comparison with initial determinations (admission moment). Pain assessed by VAS score was also statistically significant decreased. The benefits of balneal treatment are evidenced by statistically significant results obtained from determinations made in two moments of evolution in CRPS patients in Balneal and Rehabilitation Sanatorium Techirghiol. The favorable evolution of these patients after treatment with sapropelic mud from Techirghiol Lake shows anti-inflammatory effect of sapropelic mud, optimization of hormonal activity by stimulation hypothalamic-pituitary-adrenal axis. and improved peripheral blood circulation. Thermographic study correlated with the favorable evolution of patients represents something new in the studies regarding CRPS, the decrease of local skin temperature confirm the real benefits of local treatment with improvement of pathophysiological microcirculatory changes.

ANTI-AGEING ACTIVITIES – CHALLENGE AND TASKS FOR POLISH THERMAL MEDICINE.

Jacek Chojnowski

The aim of the study is to present the tasks and role of thermal treatment in Poland in the treatment and prevention of health in the elderly. Elderly patients are in Poland, the most numerous group of patients spa treatment (about 40%). The reason for therapy are the most common chronic disease affects the elderly but also the importance of health prevention and promotion of health among these people. The use of balneological treatments and therapy combined with kinezytherapy and physiotherapy brings very good results, as shown in many scientific studies. It is also important: change in climatic conditions, proper nutrition and health education programs implemented in the thermal station. As a result, patients using the thermal therapy fewer hospitalizations and less use of medical advice, take a smaller amount of pharmacological drugs. Are lower spending on nursing care in this group of patients. Also extends the working life and social ill. Given the current demographic changes in Poland and the increase in the proportion of the elderly widespread use of this form of therapy can bring a very large social benefits

and financial dimension nationwide.

Despite the obvious benefits of this form of therapy the patients they encounter many obstacles in the implementation of treatment. The main problem in Poland is the poor financial situation of patients, others are communication problems and incomplete adaptation of thermal facilities for the elderly. Usually low income elderly prevent them from self-financing of treatment, and the refund of the national health fund is limited. It seems necessary to search for other sources of funding spa treatment in the elderly such as helping social institutions and support the relatives. More and more elderly people use these forms of assistance. Unfortunately, commercial accommodation are usually shorter than stays financed with public money which worsens outcomes.

To increase the availability of thermal treatment in Poland for the elderly need to convince funders that treatment with the need to increase funding and dissemination of knowledge about the benefits of a thermal treatment.

RESEARCH MEDICAL HYDROLOGY & HYDROTHERAPY IN SPAIN Maraver F(1-2), Morer C(2-3)

(1)Professional School of Medical Hydrology, Faculty of Medicine, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain

(2)Dept. of Physical Medicine and Rehabilitation. Medical Hydrology, Faculty of Medicine, Universidad Complutense Madrid, Madrid, Spain

(3)Thalasso Center, San Pedro del Pinatar-Murcia, Spain

KEYWORDS

Balneotherapy, Balneology, Health Resort Medicine, Spain

Balneotherapy or Health Resort Medicine Health Resort Medicine has a long tradition in Spain. This tradition is still alive today. The main indication of balneotherapy in Spain is rheumatic diseases, especially joints' degenerative disorders.

There are, approximately, 2000 mineral water springs with the public utility declaration.

There are also currently working 119 Thermal Stations, which have 19,154 hotel rooms, with 4,047,000 overnight stays in 2012. They employ 5,310 workers and 904,000 customers enjoy, although not all of them are go in sanitary programs. Total revenue of thermal stations is 255 million euros.

Balneotherapy research in Spain takes place mainly at the Complutense University of Madrid, in the Professional School of Medical Hydrology and Department of "Physical Medicine and Rehabilitation. Medical Hydrology" (Medicine Faculty) and other Universities such as those of Extremadura, Granada, Seville, Vigo and Zaragoza. Hydrotherapy and Aquatic Therapy in Universities: Catolica San Antonio de Murcia, Extremadura, Granada and Malaga and natural mineral waters in the Complutense University of Madrid.

Moreover, this year we celebrate 25 years of the Balneotherapy Program of the Elder's Institute and Social Services (IMSERSO) under the Ministry of Health. The program had 12,848 beds in 28 Spas in 1989 to 209,222 in 2014 in 105 Spas, which in economic terms means moving from 4.3 million euros provided by the IMSERSO in 1989 to 34 million in 2014, with an economic impact of more than 115.2 million adding the contribution of the beneficiaries. More than 2,500,000 people have benefited the program since its implementation.

References:

1. Baena-Beato PA et al. Effects of different frequencies (2-3 days/week) of aquatic therapy program in adults with chronic low back pain. A non-randomized comparison trial. *Pain Med.* 2013 Jan;14(1):145-58.

2. Baena-Beato PA et al. Aquatic therapy improves pain, disability, quality of life, body composition and fitness in

sedentary adults with chronic low back pain. A controlled clinical trial. *Clin Rehabil.* 2014 Apr;28(4):350-60.

3. Cantarero-Villanueva I et al. The effectiveness of a deep water aquatic exercise program in cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013 Feb;94(2):221-30.

4. Cuesta-Vargas AI et al. Exercise, manual therapy, and education with or without high-intensity deep-water running for nonspecific chronic low back pain: a pragmatic randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2011 Jul;90(7):526-34

5. Cuesta-Vargas AI et al. A pragmatic community-based intervention of multimodal physiotherapy plus deep water running (DWR) for fibromyalgia syndrome: a pilot study. *Clin Rheumatol.* 2011 Nov;30(11):1455-62.

6. Cuesta-Vargas AI et al. A multimodal physiotherapy programme plus deep water running for improving cancer-related fatigue and quality of life in breast cancer survivors. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2014 Jan;23(1):15-21.

7. Espejo-Antúnez L et al. Clinical effectiveness of mud pack therapy in knee osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2013;52(4):659-68.

8. Espejo Antúnez L et al. Effects of mud therapy on perceived pain and quality of life related to health in patients with knee osteoarthritis. *Reumatol Clin.* 2013;9(3):156-60.

9. Gálvez JJ et al. Quality of life and assessment after local application of sulphurous water in the home environment in patients with psoriasis vulgaris: A randomised placebo-controlled pilot study. *Eur J Integr Med.* 2012;4(2):e213-e218

10. Pérez-Granados AM et al. Reduction in cardiovascular risk by sodium-bicarbonated mineral water in moderately hypercholesterolemic young adults. *J Nutr Biochem.* 2010;21(10):948-53.

11. Schoppen S et al. Sodium-bicarbonated mineral water decreases aldosterone levels without affecting urinary excretion of bone minerals. *Int J Food Sci Nutr.* 2008 Jun;59(4):347-55.

12. Serrano C et al. Survival of human pathogenic bacteria in different types of natural mineral water. *J Water Health.* 2012;10(3):400-5.

13. Toxqui L et al. A sodium-bicarbonated mineral water reduces gallbladder emptying and postprandial lipaemia: a randomised four-way crossover study. *Eur J Nutr.* 2012;51(5):607-14

CURRENT PELOID'S RESEARCH IN IBEROAMERICA

Maraver F(1-2), Morer C(2-3)

(1)Professional School of Medical Hydrology, Faculty of Medicine, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain

(2)Dept. of Physical Medicine and Rehabilitation. Medical Hydrology, Faculty of Medicine, Universidad Complutense Madrid, Madrid, Spain

(3)Thalasso Center, San Pedro del Pinatar-Murcia, Spain

KEYWORDS

Peloid, Pelotherapy, Spa Research, Iberoamerica

Since 2007 the study of pelotherapy has been developed very actively in Latin countries, running out with the creation of the “Sociedad Iberoamericana de Peloides” (Ibero American society of peloids).

During this period there have been three specific international conferences on this subject in Spain and Portugal, as well as the 38th & 39th World Congress of the International Society of Medical Hydrology, where sessions were focus on peloid therapy.

As a result of this activity it has been created a large multidisciplinary group whose achievements include the development of an updated peloid glossary and the proposal of a study protocol on the physical and chemical properties of these products, all thanks to financial resources due to competitive research projects.

in thermotherapy. *Thermochimica Acta*. 2011;524, 68-73.

8. Espejo Antúnez L et al. Effects of mud therapy on perceived pain and quality of life related to health in patients with knee osteoarthritis. *Reumatol Clin*. 2013;9(3):156-60.

9. Espejo-Antúnez L et al. Clinical effectiveness of mud pack therapy in knee osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(4):659-68.

10. Fernández-González MV et al. A study of the chemical, mineralogical and physicochemical properties of peloids prepared with two medicinal mineral waters from Lanjarón Spa (Granada, Spain). *Appl Clay Sci*. 2013;80-81:107-116.

11. Gámiz E et al. Influence of water type and maturation time on the properties of kaolinite-saponite peloids. *Appl Clay Sci*. 2009;46(1):117-123.

12. Gomes C et al. Peloids and pelotherapy: Historical evolution, classification and glossary. *Appl Clay Sci*. 2013; 75-76:28-38.

13. Khiari I et al. Study of traditional Tunisian medina clays used in therapeutic and cosmetic mud-packs. *Appl Clay Sci*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clay.2014.07.029>

14. Legido JL et al. Comparative study of the cooling rates of bentonite, sepiolite and common clays for their use in pelotherapy. *Appl Clay Sci*. 2007;36(1-3):148-160.

15. Pozo M et al. Composition and physical-physicochemical properties of peloids used in Spanish spas: a comparative study. *Appl Clay Sci*. 2013; 83-84, 270-279.

16. Proceedings of the 1º Iberoamerican Congress of Peloids; 2007 Nov 4-7; Bayona-Spain. Servicio de publicaciones Universidad de Vigo.

17. Proceedings of the 2º Iberoamerican Congress of Peloids; 2010 Jul 13-16; Lanjarón-Spain.

18. Proceedings of the 38th World Congress of the International Society of Medical Hydrology and Climatology. 2012 Jun 20-23; Lanjarón-Spain.

19. Proceedings of the 3rd Iberoamerican Congress of Peloids; 2013 Oct 1-7; Ponta Delgada : III CIBAP Açores 2013, Portugal.

20. Proceedings of the 39th World Congress of the International Society of Medical Hydrology and Climatology. 2014 May 11-14; Kioto-Japan

21. Rebelo M et al. Rheological and thermal characterization of peloids made of selected Portuguese geological materials. *Appl. Clay Sci*. 2011;52 (3), 219-227.

22. Suárez M et al. Identification of organic compounds in San Diego de los Baños Peloid (Pinar del Río, Cuba). *J Altern Complement Med*. 2011;17(2):155-65.

References:

1. Aguzzi C et al. Networking and rheology of concentrated clay suspensions «matured» in mineral medicinal water. *Int J Pharm*. 2013;453(2):473-9.

2. Baschini MT et al. Suitability of natural sulphur-rich muds from Copahue (Argentina) for use as semisolid health care products. *Appl Clay Sci*. 2010; 49(3):205-212.

3. Caridad V et al. Thermal conductivity and density of clay pastes at various water contents for pelotherapy use. *Appl Clay Sci*. 2014; 93-94: 23-27.

4. Carretero MI et al. Comparison of saponite and montmorillonite behaviour during static and stirring maturation with sea water for pelotherapy. *Appl Clay Sci*. 2007;36(1-3):161-173.

5. Carretero MI et al. Mobility of elements in interaction between artificial sweat and peloids used in Spanish spa. *Appl Clay Sci*. 2010; 48(3):506-515.

6. Carretero MI et al. Assessment of three Spanish clays for their use in pelotherapy. *Appl Clay Sci*. 2014; 99:131-143.

7. Casas LM et al. Specific heat of mixtures of bentonitic clay and sea water or distilled water for their use

OVERVIEW OF BIOTECHNOLOGY AND HEALTH TOURISM IN CUBA

Prof. Florana Menéndez Camporredondo, MD, PhD

Tourism and health are two closely linked concepts. Both are directly related and very important to national economy and social policies.

This presentation focuses on tourism and health in Cuba with special emphasis on the novel concept of health tourism and the Biotechnology development. Provides a brief historical background, gives a perspective on health tourism, biotechnology and their interaction.

A network of institutes for scientific research, develop and produces biotechnological substances of high value, some of them unique and some others only produced by few developed countries. This scientific and technological

capital is firmly rooted in the health system and has contributed to the outstanding place reached by Cuba. Adds new dimension to the health tourism and suggests areas for future research and some reflections regarding those salient aspects of health tourism in Cuba that require to be strengthened

Health tourism and Biotechnology are on parallel courses with similar growth patterns. What is good for one industry will most likely be good for the other. One thing is certain: both can be important to continuing economic development in emerging markets worldwide.

MINEROMEDICINAL WATERS IN VENEZUELA. THE BOLIVARIAN CENTRE OF MEDICAL HYDROLOGY.

Reyes GSA*. Gabriel Reyes MD, MSc Martínez MG:

***Medical and Scientific Director of Colombian Institute for Medical Hydrology and Well Being. Cundinamarca. Colombia. Medical Board Director at the Bolivarian Centre of Medical Hydrology. Ocumare de la Costa. Aragua. Venezuela.**

Keywords: Hydrology, Thalasotherapy, mimeromedicinal healing waters.

Venezuela has great amount of natural resources including mineral waters. In this conference I will try to present the general overview in the country of medical hydrology and balneology and the most recent history

First I must say that despite the wide range of media information available both in internet or electronic magazines there is to much little information about, almost none that we can check. According to the report of Franco Urbani titled Geothermal Springs in Venezuela, 1991 –it is the report most detailed about that we could find. It is the starter point in order to approach to the mineral rich of Venezuela, as basis for a further development of hydrology and balneology.

According to this report hydrology in Venezuela has roots in XVI, XVII and XVIII century. At that time Mineromedicinal waters were use with health purposes especially for skin diseases. First report published was made by the eminent Alejandro de Humboldt referring to springs waters of Carabobo and Sucre states. In last century until 60 decade there various reports published in isolated way. In 1969 a report was made about mineral springs of central region of Venezuela. 1979 the Central University of Venezuela and some electric power Companies make some studies as a preliminary exploration facing the potential of electric power sources. Then National Tourism Corporation developed some assessments for potential use from de point of view of tourism and health applications.

At middle of 80s both Central University of Venezuela and the Power and Mines Minister thanks to funds of CONICIT creates the Geology Department at CUV. Then started to published Geothermic, a periodic publication developed by the Geothermic Documentation and Information Centre. In 1983 was concluded the National Inventory of Geothermal springs of Central and Oriental region of Venezuela with detailed information and descriptions about springs of those areas.

According to this have been identified springs of mineral waters in Sucre, Monagas, Anzoátegui, Carabobo, Miranda, Mérida, Distrito Capital, Bolívar, Guárico, Barinas, Portuguesa, Nueva Esparta and Amazonas States. See tables.

Also with this enormous hydrologic potential there is many laws and legislation about. But still not complete in terms of quality of waters and national regulations for spas and resorts operating in the country. From 2006 was created the Medical Hydrology Centre in Ocumare de la Costa, Aragua state. As a public institution. It has high quality equipment and training personal in hydrology. Preventing and rehabilitative actions are carried out using the marine environment. It has pools for all purposes, physiotherapy department and a full equipment join with natural medicine department allows offer functional recovery programs for different diseases and conditions.

But despite all of this there is not medical hydrology development in Venezuela. Medical class is ignorant about procedures and institutions available in the country.

Medical training is need it also a diffusion task need to be made about resources available in the country and starts to work in multidisciplinary teams for medical application and research about efficacy and therapeutic benefits of this springs according diseases.

In meantime mineral springs of Venezuela are losing but natural and anthropogenic contamination. A few places are on internet known as recreational places with very little investment for final disposition and treatment of waters

before disposal. Despite the government interest in health with more than 300 community rehab facilities there is no a balneological regulations and commission that takes care it.

International cooperation of FEMTEC can brings results in a shot time, also help from OMTM and ISMHC. I hope that in near future we can show up results in this line.

Thanks so much.

BALNEOTHERAPY RESEARCH IN FRANCE: THE AFRETH (FRENCH ASSOCIATION FOR BALNEOTHERAPY RESEARCH)

CF Roques*, MD, CE Bouvier, PhD.**

*** Professor of Physical & Rehabilitation Medicine – Toulouse Sabatier University, AFRETH Scientific Committee President (Paris)**

**** French College of Health Economy, AFRETH Manager (Paris).**

In France, several public and or private scientific investigation bodies are involved in medical balneological scientific investigation (academic or university-linked institutes in Paris, Nancy, Bordeaux, Grenoble, Clermont-Ferrand; private structures in Paris, Aix les Bains, Saujon). However, these last 10 years, the important development in medical balneology investigation could be related to the French Association for Balneotherapy Research (AFRETH). The Afreth has been created in 2004 by the French Union of SPA Contractors, the Union of the mayors of spa resorts and the French branch of the FEMTEC. The AFRETH provides every year a budget of 1 M€ for scientific investigation in balneology. The founders' representatives, who constitute the association's administrative committee, take the decision of supporting financially the scientifically validated projects. The scientific validity is pronounced by the scientific committee (12 independent and acknowledged doctors and scientists) on the basis of external independent experts' advices (methodological, clinical and biological sciences from French academic institutions).

10 calls for projects have been launched and fully implemented. They concerned mainly the actual medical benefit (cf. Table below). A global budget of 11 M€ has been engaged.

Regarding the medical benefit have been implemented and published: STOP-TAG (treatment of generalised anxiety, 237 patients); Thermarthrose (knee osteo-arthritis, 462 patients); Maathermes (obesity and overweight, 257 patients); Pacthe (treated breast cancer patients, 250 patients) Thermes&veines (chronic venous insufficiency, 425 patients). These different randomised controlled trials have demonstrated significant results in favour of balneotherapy.

Publication is in progress for Rotatherm (a RCT concerning shoulder cuff tendinitis, 186 patients).

Are in progress a RCT on COPD (BPCEaux), a RCT on subacute lumbar pain (ITILO).

Pilot investigations have been implemented concerning the metabolic syndrome, Alzheimer's disease and other ageing problems, psychotropic drugs withdrawal, therapeutic education of patients with chronic venous insufficiency.

So scientific investigation has to come with usual balneotherapy but also with the development of new trends which have to be scientifically assessed from their initiation.

From our experience, we have to emphasize the difficulties related to the patients' enrolment and the need of new methodological designs, alternative to usual RCT to investigate such a complex therapeutic intervention.

	Abstracts received	Eligible projects	Scientific validity	Financial support
Actual Medical Benefit	107	75	41	28
Safety	4	3	3	2
Biology	9	5	5	3
TOTAL	120	83	49	32

A NEW PRICING POLICY FOR THERMAL CARES IN FRANCE

by **Thierry DUBOIS, President of CNETH**
and **Claude-Eugène BOUVIER, General Delegate of CNETH**
FEMTEC CONGRESS, ASTANA, 24-28 SEPTEMBER 2014

SUMMARY

For years, French balneotherapy has been under the threat of being dereimbursed, this culminating in the context of the 2014 renewal of the 5-year convention with the National Health Insurance Fund. After 18 months of sharp negotiations, stakeholders have come up with a new and original financing scheme of thermal cares, overhauling the previous one and allowing balneotherapy to be kept in the basket of subsidized cares.

CONTEXT

Thermal cares are reimbursed at a 65% rate by the National Health Insurance Fund, leaving the remaining part underwritten by Complementary Insurances or out-of-pocket money. In the wake of heavy lasting deficits, the National Health Insurance Fund, contemplated the downgrading of its financial contribution to 30%, unless the medical efficacy of balneotherapy was indisputably established.

FIRST ROUND OF NEGOCIATIONS

The starting point of negotiations was the evaluation of the medical interest of thermal cares. All of the surveys conducted till the mid-'00s had been discarded by the national health authorities for their lack of robustness (poor methodology, namely the absence of controlled randomized trials, no minimum clinical improvement, insufficient statistical power, questioned independence of investigators,...). In 2004, The CNETH (National organization of thermal spa companies), the ANMCT (National association of spa towns' mayors), and the FTFCF (French thermal and climatic federation) agreed to set up the AFRETH (French association for thermal research) with the goal of promoting research and evaluating research projects on a scientific basis and flawless methodology. The 10 million euros budget allocated to this day has made it possible to demonstrate the medical interest of balneotherapy in major chronic diseases (generalized anxiety disorders, knee osteoarthritis, obesity and overweight, post-breast cancer rehabilitation, chronic venous disorders,...). Having reported, documented and finally proved the actual medical benefit of thermal cares, representatives of balneotherapy had solid arguments to oppose the downgrading of the rate of thermal treatments financing. Health policy makers had to acknowledge the potential role of balneotherapy in the management of emerging health issues. As a result, public authorities gave up on downgrading the 65% rate of reimbursement, thus strengthening balneotherapy as a true medical intervention.

SECOND ROUND OF NEGOCIATIONS

Nevertheless, as comforting as it might be, this decision fell short of authorities' expectations in terms of reduction in public spending. As no straightforward solution emerged, negotiating parties were forced to think "out of the box" to reach a final agreement based on the freezing of reimbursed prices "Tarifs Forfaitaires de Responsabilité (TFR)" till the end of the conventional period, i.e. end of 2017. With no more yearly price adjustments, the National Health Insurance Fund secures that way substantial savings. Of course, establishments can't survive without the possibility to adjust prices to their operating expenses, particularly to the constant rise in the cost of wages and energy. So, under the new scheme, establishments are entitled to charge a selling price "Prix Limite de Facturation (PLF)" higher than the price on which the reimbursement is made (TFR), thus compensating for the cessation of rates adjustments by the National Health Insurance Fund. This additional charge, rather than being freely determined by spa companies, is entirely fixed through an annual index reflecting the yearly evolution of costs borne by companies (salary costs, energy, other operating costs and construction). The price differential for 2014 based on the index is 3.7%, meaning the price charged to spa guests is that higher than the price on which the 65% rate of reimbursement is applied.

THE VIRTUES OF THE NEW PRICING POLICY

Disconnecting selling prices and subsidized prices proved to be relevant for all of the three stakeholders:

- due to the freezing of TFR, the National Health Insurance Fund pockets a hefty 35 million euros savings in the four forthcoming years,

- the spa companies keep the threat of dereimbursement at bay and also are reinforced as care providers,

- the spa guests seem at first glance to be less fortunate with that reform, as they have to bear the extra cost (PLF - TFR) if they don't hold a complementary insurance contract. Having stated that, one must keep in mind that :

- > the amount of this supplement is regulated through the index calculation, thus protecting patients against undue rises,

- > patients with low income are exempt from this supplement and will be charged the TFR in any circumstances,

- > any other alternative option would have meant resorting more to patient resources, particularly if the reduction in the financing rate from 65% to 30% would have been implemented.

ASSESSMENT OF THE REFORM AT 6 MONTHS

With the benefit of a six-month hindsight, the reform appears to be well accepted, even by spa guests who are relieved of the perspective of having to pay more in case cares would have been dereimbursed. On the macroeconomic scale, no negative impact has been recorded on the frequenting of spa towns which is still on the rise. Although the administrative framework of balneotherapy in France is more secure these days, there are still concerns about the near future. They revolve around the gap that is going to grow between the fixed TFR and the yearly adjusted PLF. By the end of the conventional

period in year 2017, this difference could be significant, leaving the spa guest with an increased expense and the National Health Insurance Fund with a relatively reduced contribution. The next challenge for the representatives of balneotherapy will be to ensure that the TFR in 2018 will be set in line with the PLF reached by the end of 2017. This may require new arguments, not only on the ground of medical efficacy of the thermal treatments, but this time in terms of cost-efficiency of balneotherapy. Professionals are already bracing themselves for it with the enlargement of AFRETH's missions to encompass the economic evaluation of spa treatments and their impact on the overall consumption of health goods and services.

DRINKING MINERAL WATERS, THE ACTUAL MEDICAL BENEFIT – DATA OF EVIDENCE

**CF Roques*, MD, P Jeambrun, MD.
AFRETH, SFMT (Paris)**

A limited number of randomised clinical trials investigated drinking mineral waters benefit.

Alcaline sodium bicarbonated waters demonstrated their ability to enhance gastric motility and emptying (Bertoni, 2002 ; Wakisaka, 2012); vesicular emptying (Toxqui, 2012). But it also acts on lipid metabolism (Schoppen, 2005 ; Toxqui, 2012 ; Perez granados, 2010), insulin sensitivity (Schoppen, 2007), oxalo-calcic and uratic compounds urinary excretion (Karagülle, 2007).

Calcic carbonated waters act mainly on the calcium homeostasis ; they can reduce bone modeling with a significant decrease of PTH and bone modeling markers levels (Guillemand, 2002 ; Roux, 2004 ; Meunier, 2005 ; Wynn, 2009).

Magnesium and/or calcium rich waters can offer a profitable income of such minerals (Aptel, 1999 ; Galan, 2002 ; Sabatier, 2011).

Sulfide waters can be damageable for erythrocyte through their deleterious action on enzymatic pathways (GAPDH, G6PDH) and methemoglobin (Albertini, 2008).

Epidemiologic studies emphasized the ability of some tap waters to facilitate some disorders, mainly acid waters and type I diabetes (Skenes, 2002), poorly silicated waters and Alzheimer's disease (Gillette Guyonnet, 2005).

If the studies demonstrated actual pharmacological effects of mineral waters, the clinical relevance of these properties as the medical benefit in real life conditions have still to be established.

BALNEOTHERAPY ACTUAL MEDICAL BENEFIT. DATA OF EVIDENCE OF THE LAST TWENTY YEARS

CF Roques, MD

AFRETH Scientific Committee President (Paris), Physical & Rehabilitation Medicine Professor, Toulouse University (France)

118 papers have been published in English speaking journals with impact factor these last twenty years: 90 randomized Controlled Trials (RCT) and 28 reviews and/or meta-analysis (RMA).

Rheumatology is the first topic: 63 RCT, 22 RMA. Knee osteoarthritis is the most investigated condition: 18 RCT, 5 RMA; chronic inflammatory diseases 12 RCT, 1 RMA; Fibromyalgia 10 RCT, 2 RM; Chronic low back pain: 11 RCT, 1 RMA. The patients with musculo-skeletal conditions have a significant actual clinical benefit on pain, function and quality of life.

SPA therapy is beneficial for patients with psoriasis (9 RCT) and atopic dermatitis (1 RCT).

Overweight or obese patients treated in spa resorts have a significant weight reduction according (3 RCT).

SPA therapy is also beneficial for patients with chronic venous insufficiency (2 RCT) or chronic occlusive peripheral arterial disease (4 RCT and 2 RMA).

Gynaecology (2 RCT) and psycho-somatic conditions (1 RCT) are more poorly investigated.

The lack of investigation about respiratory lower tract or Ear-Nose-Throat conditions is a questionable issue.

Despite a significant number of trials, the level of evidence is impaired by many methodological flaws.

The actual medico-economic benefit assessment is based on more limited data of evidence.

THERAPEUTIC AND ECONOMIC BENEFITS OF THE TERMALISMO IN THE CHRONIC INFLAMMATORY INTESTINAL DISEASE". THE LAKES.

**Santi Spiritus. Cuba
SUMMARY**

It was carried out a prospective, descriptive and experimental investigation in 26 patients in order to confirm the therapeutic properties of thermal waters as a helping treatment of the light crises in the chronic inflammatory intestinal disease that is related to the conventional therapy with azulfidina on patients assisted in the Educational General Hospital «Enrique Cabrera» in Havana city. The sample was divided in two groups of thirteen patients. To the first group was applied the conventional treatment with Azulfidina dose according to answer (zero to three, three to six and six to eight daily pills) and to the second one, besides the Azulfidina, it was given to drink eight ounces of mineromedicinal water three times a day, combined with an anti-stress treatment with peloides and massages for eight days with seven nights in the Spa of "Lakes" in Santi Spiritus. They were evaluated with methods such as anamnesis, endoscopic and histological evaluation at the beginning of the treatment, after 10 days, one month and three months later. It was proven by statistical confirmation the therapeutic properties of the Balneotherapy as a helping in the conventional treatment, for the decrease of

medication consumption, the improvement of symptoms, endoscopic and histologic studies

Authors:

Dr. Rafael Ledesma Rosa

Specialist of 1^{er} Grade in Pediatrics

Máster in Medicine Bioenergética and Natural

Auxiliary professor of the University of Havana. Cuba

Boss of the Department National Methodological Rector of Medical Hydrology. Center National of Rehabilitation Julio Díaz.

Advisory of Medical Hydrology of the Ministry of Health it Publishes. Cuba

President of the Cuban Society of Medical Hydrology

Dr. Ramón Andrés Ramírez Calás

Specialist of 1^{er} Grade in Coloproctología

Máster in Medicine Bioenergética and Natural

Assistant professor of the University of Havana. Cuba

Department of Coloproctología in General Hospital Enrique Cabrera.

COMPREHENSIVE REHABILITATION PROGRAM IN CUBA. MAIN RESULTS OF A DECADE.

MSc. Dra. Maritza Leyva Serrano.
Second degree specialist in Physical Medicine and Rehabilitation.
Assistant Professor.
MSc. Dra. Lydia Menendez
Second degree specialist in Physical Medicine and Rehabilitation.
Assistant Professor.

Cuba is a country of eleven million people, with, free and accessible to 100% of the Cuban national health care system. There are three levels of care comprehensive rehabilitation program being present in the same, well-defined for each service level and 613 total goals.

Rehabilitation services are comprised of various medical specialties that are responsible for health promotion, prevention of disability and motor, psychosocial and work partner of the individual rehabilitation and family in the different age groups, there subprograms home and community rehabilitation. Today we prepare to face the great challenge of our aging population and improve the

quality of life of Cubans.

This work allows to present the main results of this program in the last decade, for which a retrospective exploratory study of data collected by the National Statistical System in the period from 2003 to 2013, which allowed us to evaluate was made, some aspects of the operation of rehabilitation services and its impact on the health picture of the Cuban population. We conclude that this program has successfully responded to in a decade an average of more than 9 million patient days, with high quality and satisfaction.

OBJECTIVE AND SUBJECTIVE TOLERANCE OF KINESIO TAPING® AS ADDITIONAL THERAPEUTIC METHOD IN EARLY POSTOPERATIVE REHABILITATION PERIOD BY ELDERLY PATIENTS

Venta Donec, Aleksandras Kriščiūnas
Rehabilitation Department, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

Key words: kinesio taping, tolerance, postoperative rehabilitation, randomised trial, elderly

Introduction. Kinesio Taping® method was developed by dr. Kenzo Kase in Japan. In 1973, Dr Kase's objective was to create a therapeutic tape and taping technique which could support joints and muscles, without restricting range of motion. Following two years of research into muscle taping, tape elasticity, adhesiveness and breathability Dr Kase developed Kinesio Tex® tape and the Kinesio Taping method. Kinesio Taping first saw worldwide exposure during the 1988 Seoul Olympics. [1]. This method differs from other taping techniques by the specially designed elastic tape – now available in two brands - Kinesio® Tex Gold FP or Classic – which is applied directly on the skin in special manner. According to the founder, the effects of Kinesio Tex tape on the body will differ depending on how and where these tapes are put [1,2]. Through less than three decades from its exposure this method became widely used in sport medicine and other clinical contexts worldwide seeking various therapeutic aims such as mechanical correction, circulation improvement, removing congestion of lymphatic fluid or haemorrhages, support for muscular activity, correction of misalignment of joints, analgesic system activation. [1,3-17]. However, by now, many published studies refers to Kinesio Taping® method

being used on healthy subjects or young patients, there are very little data analyzing tolerance of Kinesio Taping® method among elderly patients. The aim of our study was to evaluate objective tolerance of Kinesio Taping® method applied after total knee replacement surgery in early postoperative rehabilitation period and it's subjective appreciation by patients.

Materials and methods. The study protocol and patient information form was approved by the relevant local ethics committee. The study was carried out from 2010 June to 2012 January. Five hundred forty two patients, who were admitted to orthopaedic-traumatology department for primary total knee replacement surgery, were assessed for eligibility and ninety four, who agreed to participate in the study and had no contraindications (III-IV0 heart failure; III-IV0 renal failure; fragile, very hairy or very sensitive skin; present, not healed infectious disease; skin lesions in area where kinesio tapes were to apply; lymphedema prior to surgery; cancer) to participate were enrolled. After signing written consent patients were randomized into two groups: the Kinesio Taping group and control group. Sealed envelopes were prepared and one randomly was chosen in order to assign patient to a group.

For all participants postoperative rehabilitation program included early mobilisation and physical therapy

once a day during the stay in orthopaedic traumatology department, early transfer (on 5-7th postoperative day) to inpatient rehabilitation department. In rehabilitation department, inpatient rehabilitation was carried out by standardized protocol which included physical therapy twice a day, occupational therapy once a day, intermittent pneumatic compression, massage, TENS, laser therapy, paraffin therapy, psychologist and social worker procedures. Above mentioned rehabilitation measures were standardized in study protocol. The amount and methods of application of rehabilitation modalities did not differ between groups and were administered by the same rehabilitation team, except Kinesio Taping group patients also received Kinesio Taping® applications throughout all rehabilitation period with Kinesio® Tex Gold™ tapes. In early postoperative phase (on the second and 8th postoperative day) lymphatic correction was applied for Kinesio Taping group patients. Depending on the size of the leg two or three fan cut tapes were applied with light paper-off tension on the frontal, medial and lateral aspects of the limb. Later, in rehabilitation department, lymphatic correction applications were continued together with Kinesio Y strip technique (light paper-off tension) for m. rectus femoris facilitation (applied from muscle origin to insertion), and Kinesio I strip technique (moderate – approx. 50% tension) for medial knee ligaments (seeking, as according to the founder, for increased stimulation of mechanoreceptors over the area, proprioception improvement and pain reduction) (Figure 1). Kinesio tapes were applied by certified kinesio taping practitioner once a week (4 applications during rehabilitation period) with one “day off” (tapes were removed from the skin) for skin rest in between applications.



Figure 1. View of Kinesio Tape applications on patients.

The objective tolerance of Kinesio Taping method was evaluated by data which were gained from rehabilitation team feedback about any side effects of method (verbal complains of patients towards tapes to medical personnel, need for medical attention or care because of skin lesions of tapes or any other noticed) and also by analyzing and comparing changes in postoperative pain, range of motion and leg circumference (for edema assessment) between Kinesio Taping and control group.

The evaluation of chosen objective criteria (pain, active knee flexion and extension, leg circumference) was performed on preoperative day, and on the 2nd, 8th, 16th, and 24th day after operation and at the end of in-patient

rehabilitation (which was 28th postoperative day). Knee pain intensity was evaluated by numeric pain rating scale (NPRS), active knee flexion and extension – by goniometer (except on 2nd postoperative day no measurements with goniometer were done due to range of motion limitations caused by postoperative knee drainage for all participants). In order to evaluate postoperative edema, its dynamics, leg circumference measurements with tape before surgery and afterwards were done in four standardized points of the limb: over the knee (10 cm above the superior pole of the patella); at the middle line of knee articular space; in the calf (25 cm above the lateral malleolus inferior pole); and 2 cm above the medial malleolus. To increase reliability of tape measurements, they were performed by the same researcher, under same conditions and time of day. The difference of circumference exceeding 0.5 cm, was interpreted as a clinically important change in edema dynamics by authors. This criterion was chosen just in order to exclude changes in girth due to possible measurement error [19, 20]. Therefore, when performing data analysis, patients were divided into two groups: ‘clinically significant edema present’ (difference of circumference from preoperative values of the same limb exceeds 0.5 cm) and ‘no clinically significant edema’ group (measured circumference difference was lower than 0.5 cm).

Data from patient case histories about the need of analgesic medications were collected after rehabilitation.

The subjective tolerance of the Kinesio Taping method was evaluated by self-administered questionnaire, which was given for Kinesio Taping group patients at the end of in-patient rehabilitation.

Four patients from Kinesio Taping group were excluded from research due to change in attitude toward their participation and unwillingness to follow study protocol. One patient from control group also didn't finish study due to septic arthritis postoperatively. Only those patients, who fully completed study protocol, were included in data analysis.

Statistical analysis was performed using software IBM SPSS Statistics 21. Data are presented as mean (m) ± standard deviation (SD). After testing for normality, parametric and nonparametric criteria, the Student's t-test or repeated measures ANOVA and Mann-Witney U or Friedman tests were used to compare quantitative samples. The significance level of 0.05 was chosen for testing statistical hypotheses. The size of the difference between the means of the groups were evaluated by estimation of type I and type II errors (α and β) of the tests. The size of the difference was considered to be significant if $\alpha=0.05$, $\beta \leq 0.2$.

Results. Groups were homogenous according sex ($\chi^2=0.259$; $df=1$; $p=0.611$), age ($p=0.438$), BMI ($p=0.121$), preoperative knee flexion ($p=0.523$)/extension ($p=0.341$), preoperative knee pain intensity ($p=0.255$), number of comorbidities (chronic non-infectious diseases) ($\chi^2=5.94$; $df=3$; $p=0.115$), kind of prosthesis implanted ($\chi^2=4.709$; $df=3$; $p=0.194$). All patients underwent combined spinal-epidural anaesthesia during surgery. Before kinesio taping applications were started (on the second postoperative day), no difference between groups in postoperative pain intensity ($p=0.568$) or edema ($p>0.05$) was detected. Main descriptive characteristics of the participants are presented in Table I.

Table I. Main descriptive characteristics of the participants.

	Kinesio Taping Group	Control Group
Number of patients	40	49
Gender (number of patients and % within group): male female	5 (12.5%) 35 (87.5%)	8 (16.3%) 41 (83.7%)
Age (mean±SD)	66.6±10.5	68.1±7.8
BMI (mean±SD)	31.7±5.8	33.7±6.1
Preoperative knee flexion (mean±SD)	107° ±13.5	105° ±16.1
Preoperative knee extension (mean±SD)	172° ±13.5	174° ±7.5
Preoperative knee pain intensity according NPRS* (mean±SD)	6 points ±1.3	6.3 points ±1.7
Comorbidities (number of patients and % within group): none 1 2 >2	7 (17.5%) 12 (30%) 13 (32.5%) 8 (20%)	2 (4.1%) 12 (24.5%) 25 (51%) 10 (20.4%)

* The NPRS is an 11-point scale from 0-10, where “0” = no pain and “10” = the most intense pain imaginable.

Objectively Kinesio Taping® method was well tolerated by all patients. Kinesio taping group patients actively participated in physical therapy exercises and other procedures. No clinically significant skin irritations (for which patient would seek help from medical personnel or which would need additional medical care) evoked by Kinesio tapes were noticed during rehabilitation period as well. Rehabilitation team members did not reported any other side effects of the method, except two patients, who withdrew voluntarily after first days of participation from the study due to unwillingness to follow study protocol noting that Kinesio tapes caused mild skin irritation. However they did not seek for medical personnel help, but removed tapes from the skin by themselves, and at the time researchers were made aware towards tapes (about 24 hours after actual discomfort) no objective signs of skin irritation, which might have been provoked by Kinesio tapes, were noticed.

Postoperative pain.

Despite pharmaceutical and non- pharmaceutical pain management, patients complained of intermittent pain at the knee in early postoperative rehabilitation period. In both groups pain decreased significantly from the second week postoperatively, however pain intensity was found to be less in kinesio taping group from the second postoperative week till the end of inpatient rehabilitation. Detailed data about changes in pain intensity during rehabilitation is presented in Table II. No difference between groups in the usage of analgesic medications during the entire rehabilitation period ($p>0.05$) was found.

Table II. Knee pain intensity changes according NPRS.

Postoperative day	Kinesio Taping group (mean±SD)	Control group (mean±SD)	p values Kinesio Taping group vs control group
2nd	5.2 ±1.8	5.5±1.4	0.362
8th	4.75±1.4	5.2±1.3	0.083
16th	3.6±1.4	4.3±1.5	0.011 *
24th	2.7±1.2	3.5±1.4	0.015 *
28th	2.2±1.2	2.9±1.2	0.006 *

* Difference is statistically significant.

Postoperative edema.

Postoperative edema in all measured levels of the limb in both groups reached its peak at the first postoperative week, however, in Kinesio Taping group, edema was less intense and regressed quicker in thigh, knee and calf ($p<0.05$; $\beta\leq 0.2$) during rehabilitation. No difference in circumference dynamics at the ankle was detected (see Table III). When analysing the percentage of patients, to whom postoperative edema influenced the increase of circumference more than 0.5 cm from preoperative values (such change was interpreted as clinically significant dynamics in edema by authors), fewer patients in Kinesio Taping group were found to have edema in the thigh, knee and calf region from the second postoperative week (data presented in the Table IV). Significant difference in edema presence at the above mentioned limb levels remained till the end of inpatient rehabilitation. No difference according this criterion was found at the ankle ($p>0.05$).

Table III. Dynamics of leg circumference difference in cm.

Level of measurement	Postoperative day	Kinesio Taping group (mean ±SD)	Control group (mean ±SD)	p values Kinesio Taping group vs control group
Thigh (10cm above the superior pole of the patella)	2nd	1±0.7	1±0.5	0.778
	8th	1.4±1.2	2.7±1.8	<0.001*
	16th	1.6±0.8	1.8±1.5	<0.001*
	24th	0.4±0.8	1.6±1.5	<0.001*
	28th	0.5±0.7	1.5±1.4	<0.001*
Knee (in the middle line of knee articular space)	2nd	1.3±0.9	1.1±0.3	0.57
	8th	1.4±1.2	2.2±1.5	0.009*
	16th	0.7±1	1.4±1	0.001*
	24th	0.4±0.7	1.2±1.1	<0.001*
	28th	0.3±0.6	0.8±1	0.776
Calf (25cm above the lateral malleolus inferior pole)	2nd	0.4±0.9	0.3±0.6	0.531
	8th	1±1.1	1.4±1.4	0.193
	16th	0.3±0.6	0.9±1	0.001*
	24th	0.2±0.3	0.8±1.1	0.001*
	28th	0.1±0.3	0.6±0.8	0.001*
Ankle (2cm above medial malleolus)	2nd	0.1±0.3	0.2±0.3	0.693
	8th	0.6±0.6	0.7±0.9	0.516
	16th	0.4±0.6	0.7±0.9	0.063
	24th	0.3±0.5	0.4±0.6	0.113
	28th	0.3±0.5	0.4±0.6	0.153

* Difference is statistically significant.

Table IV. Evaluation of clinically significant edema

Region & postoperative Day	Clinically significant edema present		No clinically significant edema		χ^2 , p values
	Kinesio Taping group number of patients (%)	Control group number of patients (%)	Kinesio Taping group number of patients (%)	Control group number of patients (%)	
Thigh					
2nd	30 (75%)	39 (79.6%)	10 (25%)	10 (20.4%)	$\chi^2=0.3$, p=0.606 $\chi^2=3.2$, p=0.075 $\chi^2=9.1$, p=0.003* $\chi^2=19.4$, p<0.001* $\chi^2=11$, p=0.001*
8th	26 (65%)	40 (81.6%)	14 (35%)	9 (18.4%)	
16th	15 (37.5%)	34 (69.4%)	25 (62.5%)	15 (30.6%)	
24th	9 (22.5%)	34 (69.4%)	31 (77.5%)	15 (30.6%)	
28th	12 (30%)	32 (65.3%)	28 (70%)	17 (34.7%)	
Knee					
2nd	38 (95%)	48 (98%)	2 (5%)	1 (2%)	$\chi^2=0.6$, p=0.442 $\chi^2=1.1$, p=0.305 $\chi^2=14.8$, p<0.001* $\chi^2=22.8$, p<0.001* $\chi^2=9.6$, p=0.002*
8th	29 (72.5%)	40 (81.6%)	11 (27.5%)	9 (18.4%)	
16th	14 (35%)	37 (75.5%)	26 (65%)	12 (24.5%)	
24th	6 (15%)	32 (65.3%)	34 (85%)	17 (34.7%)	
28th	7 (17.5%)	24 (49%)	33 (82.5%)	25 (51%)	
Calf					
2nd	8 (20%)	9 (18.4%)	32 (80%)	40 (81.6%)	$\chi^2=0.04$, p=0.845 $\chi^2=1.7$, p=0.195 $\chi^2=8.1$, p=0.004* $\chi^2=11.6$, p=0.001* $\chi^2=10.4$, p=0.001*
8th	19 (47.5%)	30 (61.2%)	21 (52.5%)	19 (38.8%)	
16th	6 (15%)	21 (42.9%)	34 (85%)	28 (57.1%)	
24th	3 (7.5%)	19 (38.8%)	37 (92.5%)	30 (61.2%)	
28th	3 (7.5%)	18 (36.7%)	37 (92.5%)	31 (63.3%)	
Ankle					
2nd	3 (7.5%)	4 (8.2%)	37 (92.5%)	45 (91.8%)	$\chi^2=0.01$, p=0.908 $\chi^2=0.01$, p=0.938 $\chi^2=1.9$, p=0.168 $\chi^2=2.4$, p=0.127 $\chi^2=0.3$, p=0.614
8th	16 (40%)	20 (40.8%)	24 (60%)	29 (59.2%)	
16th	10 (25%)	19 (38.8%)	30 (75%)	30 (61.2%)	
24th	6 (15%)	14 (28.6%)	34 (85%)	35 (71.4%)	
28th	8 (20%)	12 (24.5%)	32(80%)	37 (75.5%)	

If the difference of circumference exceeds 0.5 cm preoperative value of the same limb. * difference is statistically significant

In Kinesio Taping group was observed quicker reabsorption of postoperative hematomas in the regions where skin was covered with Kinesio tapes in comparison with those areas, not covered. This phenomenon was best apparent after removal of tapes from the skin in between applications, see Figure 2.

Figure 2. The view of postoperative haematoma after

removal of Kinesio tapes at the 8th postoperative day.

Both groups patients significantly improved postoperative knee flexion and extension during rehabilitation (p<0.05). No difference was found in improvement of active knee flexion (p>0.05) between groups. Operated knee extension was found better in Kinesio Taping group at the end of inpatient rehabilitation (24th and 28th postoperative days) (p<0.05; $\beta \leq 0.2$) (see Table V).



Active range of motion.

Table no. V. Knee flexion and extension changes during rehabilitation.

Postoperative day	Kinesio Taping group (mean±SD)	Control group (mean±SD)	p values Kinesio Taping group vs control group
Active knee flexion 8th 16th 24th 28th	800±13.3	77.50±15.6	0.412
	93.20±10.4	87.90±13	0.07
	98.30±11.2	94.40±11.8	0.115
	100.60±9.6	97.10±12.3	0.144
Active knee extension 8th 16th 24th 28th	170.10±8.1	167.50±10.1	0.131
	172.0±8.1	170.10±6.4	0.209
	174.30±6.2	170.70±7.7	0.019*
	176.30±5.2	173.10±6.2	0.011*

* difference is statistically significant. .

Subjective feedback from patients

Subjectively tolerance of method was also high and majority of patients. Thirty seven (92.5%) patients from Kinesio taping group in questionnaire referred Kinesio Taping® method as 'helpful' after total knee replacement surgery. More detailed data from questionnaire, where patients were asked to evaluate and share their personal experience about Kinesio taping method are presented in Table VI.

Table no. VI. Data from self-administered questionnaire about Kinesio Taping® method.

Question which patients were asked and possible answers to choose*	Number of those who responded to the question (%)	Number of those who did not respond to the given question (%)
How would You estimate the effect of Kinesio Taping method used during rehabilitation after total knee replacement (TKR)? it was helpful it wasn't helpful it reduced pain it didn't reduce pain it increased pain	37 (92.5%) 0 (0%) 33 (82.5%) 2 (5%) 0 (0%)	3 (7.5%) 5 (12.5%)
During physical therapy exercises Kinesio Tapes: were helping didn't help did not hinder were hindering	31 (77.5%) 1 (2.5%) 33 (82.5%) 1 (2.5%)	8 (20%) 6 (15%)
My condition after TKR Kinesio Tapes: alleviated did not alleviate had no influence on it	33 (82.5%) 0 (0%) 3 (7.5%)	4 (10%)
Kinesio Taping applications: did not cause extra inconveniences in my activities of daily living (ADL) caused little inconveniences in my ADL caused significant inconveniences in my ADL	33 (82.5%) 3 (7.5%) 0 (0%)	4 (10%)

*patients were asked to answer every question by selecting the answer as indicated. In case if they were unsure about how to answer a question, they had been asked to give the best answer they could.

Discussion. As far as we managed to find, when analyzing the literature, this is one of the very few studies where Kinesio Taping method was applied for aged patients and where authors would analyze the tolerance of Kinesio taping method. In this pilot study we found that both, objectively and subjectively, Kinesio Taping method was well tolerated by elderly patients and this, in some sense, relates to that common opinion among rehabilitation specialists that Kinesio Taping could be stated as safe method to use in rehabilitation [2,3,10]. However, we think, that, though we did not detect any clinically

important side effects of Kinesio Taping method, which would cause suffering for patient or would impose the need for any additional medical treatment, because of little sample size, to generalize conclusions about the safety of Kinesio Taping method for elderly would be too early and dangerous, further studies in this field obviously needed. Especially as Thai et al. in the study where they compared the treatment effect between traditional decongestive lymphatic therapy combined with pneumatic compression and modified decongestive lymphatic therapy combined with pneumatic compression, in which the bandage was replaced with kinesio tapes, indicated that the acceptance of kinesio tape was better than the bandage, and patients reported using the kinesio tape longer, with a greater ease of use, and increased comfort, and convenience in

daily activities. However, there were more wounds that occurred for those in the Kinesio tape group. The average age of patients in their study was 54.6 years. [5]. Also Mikołajewska E. who evaluated incidence of allergies and side effects of kinesiointaping among neurological patients treated in Poland, indicated that incidence of skin response was 13.33 %, including 8,33 % of heat and rash, and 5 % of chafes [18]. So, in our opinion, though Kinesio Taping seems to be well tolerated, safe rehabilitation method, no doubt that still much precaution is needed in using it in clinical practice, especially for more vulnerable group of patients like pediatric, geriatric, patients with sensory disorders, history of skin allergies etc. Medical staff as well as patients should be aware of possible side effects and be informed and able to prevent or lessen possible skin lesions by safe usage of Kinesio Taping method.

Acknowledgements. Authors would like to thank all rehabilitation team members who provided valuable assistance for undertaking the research summarised here. Kinesio® Tex Gold™ tapes for this study were sponsored by the International Kinesio Taping Association. International Kinesio Taping Association had no influence on research or on the interpretation of data and final conclusions drawn.

Statment of conflict of interest. The authors state no conflict of interest.

Conclusion. Kinesio taping® technique, applied during the study, objectively was well tolerated by all patients as well as subjectively appreciated as ‘helpful’ by majority (92.5%) of them, however further investigation in this field is needed.

References:

1. A Brief History of Kinesio Tex Taping. Kinesio UK website. [http:// www.kinesiotaping.co.uk/history.jsp](http://www.kinesiotaping.co.uk/history.jsp). Accessed July 7, 2014.
2. Kase K, Wallis J, Kase J. Clinical therapeutic Applications of the Kinesio Taping Method. Tokyo, Japan: Ken Ikai Co Ltd; 2003
3. Morris D, Jones D, Ryan H, Ryan CG. The clinical effects of Kinesio(®) Tex taping: A systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2013 May;29(4):259-70.
4. Castro-Sánchez AM, Lara-Palomo IC, Matarán-Peñarrocha GA et al. Kinesio Taping reduces disability and pain slightly in chronic non-specific low back pain: a randomised trial. *J Physiother.* 2012;58(2):89-95.
5. Tsai HJ, Hung HCH, Yang JL et al. Could Kinesio tape replace the bandage in decongestive lymphatic therapy for breast-cancer-related lymphedema? A pilot study. *Support Care Cancer* (2009) 17:1353–1360
6. Kuru T, Yalman A, Dereli EE. Comparison of efficiency of Kinesio® taping and electrical stimulation in patients with patellofemoral pain syndrome. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2012;46(5):385-92
7. Lee JH, Yoo WG. Treatment of chronic Achilles tendon pain by Kinesio taping in an amateur badminton player. *Phys Ther Sport.* 2012 May;13(2):115-9
8. Karatas N, Bicici S, Baltaci G, Caner H. The effect of Kinesiotape application on functional performance in surgeons who have musculo-skeletal pain after performing surgery. *Turk Neurosurg.* 2012;22(1):83-9.
9. Moore R. What is the current evidence for the use of kinesio tape? A Literature review. *Sport Dyn.* 2012;34(October):24–30.
10. Kaya E, Zinnuroglu M, Tugcu I. Kinesio taping compared to physical therapy modalities for the treatment of shoulder impingement syndrome. *Clin Rheumatol.* 2011 Feb;30(2):201-7
11. Mostafavifar M, Wertz J, Borchers J. A systematic review of the effectiveness of kinesio taping for musculoskeletal injury. *Phys Sportsmed.* 2012 Nov;40(4):33-40
12. Aguilar-Ferrándiz ME, Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarrocha GA. A randomized controlled trial of a mixed Kinesio taping-compression technique on venous symptoms, pain, peripheral venous flow, clinical severity and overall health status in postmenopausal women with chronic venous insufficiency. *Clin Rehabil.* 2013 Feb 20.
13. Akbaş E, Atay AO, Yüksel I. The effects of additional kinesio taping over exercise in the treatment of patellofemoral pain syndrome. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2011;45(5):335-41
14. Biaoszewski D, Wozniak W, Jarek S. Clinical efficacy of [elastic therapeutic taping] in reducing edema of the lower limbs in patients treated with the Ilizarov Method. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja,* 2009;1(6):46-54.
15. Bosman J., Piller N. Lymph taping and seroma formation post breast cancer. *J Lymphoedema,* 2010;5(2):12-21
16. Campolo M, Babu J, Dmochowska K, Scariah S, Verughese J. A comparison of two taping techniques (Kinesio and Mcconell) and their effect on anterior knee pain during functional activities. *Int J Sport Phys Ther.* 2013;8(2):105–10.
17. Chen WCh, Hong WH. Effects of kinesio taping on the timing and ratio of vastus medialis obliquus and vastus lateralis muscle for person with patellofemoral pain. *J Biomech* 2007; 40(S2):318.
18. Mikołajewska E. Side effects of kinesiointaping – own observations. *J Health Sci* 2011 Vol 1, No 4 93–99
19. Ross M, Worrell TW. Thigh and calf girth following knee injury and surgery. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1998 Jan;27(1):9-15
20. Jamaiyah H Jr, Geeta A, Safiza MN et al. Reliability and Technical Error of Calf Circumference and Mid-half Arm Span Measurements for Nutritional Status Assessment of Elderly Persons in Malaysia. *Malays J Nutr.* 2008 Sep;14(2):137-50. Epub 2008 Sep 15.

SUMMARY

OBJECTIVE AND SUBJECTIVE TOLERANCE OF KINESIO TAPING® AS ADDITIONAL THERAPEUTIC METHOD IN EARLY POSTOPERATIVE REHABILITATION PERIOD BY ELDERLY PATIENTS

Venta Donec, Aleksandras Kriščiūnas

Kinesio taping® technique, applied during the study, objectively was well tolerated by all patients as well as subjectively appreciated as ‘helpful’ by majority (92.5%) of them, however further investigation in this field is needed.

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ В УСЛОВИЯХ ЖАМБЫЛСКОГО ОБЛАСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «МА- ТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО».

**Азимкулова Г.М., Карibaева Д.Ж., Асанова Н.Р.
Жамбылский Областной Реабилитационный Центр
«Материнство и детство», г.Тараз**

Ключевые слова: здоровье, мать и ребенок, реабилитационная помощь беременным женщинам и детям, релаксотерапия, экстрагенитальная патология, охрана репродуктивного здоровья, здоровый образ жизни.

Здоровье населения Республики - высшая национальная ценность и возрождение нации должно начинаться именно со здоровья, в первую очередь детей. Изучение проблем здоровья детей в наше время приобретает особую актуальность. Проблемы детского здоровья нуждаются в новых подходах, большую помощь в этом вопросе оказывает профилактическая работа, которая позволяет формировать, сохранять, укреплять здоровье ребенка, гармонично развивать личность.

Если ребенок здоров, все остальное кажется решаемым и не таким сложным. Мать и ребенок неразделимы, поэтому здоровье ребенка зависит от здоровья матери, а здоровье взрослого человека напрямую связано с его здоровьем в детстве.

Во все времена в нашей стране самое пристальное внимание и забота уделяются вопросу здоровья матери и ребенка. Созидательная роль матери, позитивные жизненные ориентиры детей - это те основы, без которых невозможно укрепление престижа семьи, духовное возрождение общества, формирование гражданских институтов, полноценное развитие государства.

В рамках выполнения государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2011-2015г.г. Программе «Салауатты Қазақстан» большое внимание уделяется оздоровлению беременных женщин, детей, вопросам планирования семьи. Проводимая в стране социальная политика способствует тому, чтобы женщины смогли воплотить свое предназначение - вырастить и воспитать здоровых и счастливых детей.

На страже здоровья матери и ребенка стоит и областной реабилитационный центр «Материнство и детство», который был открыт в 1996 году для оказания реабилитационной помощи беременным женщинам и детям, преимущественно из отдаленных сельских районов, малообеспеченных и многодетных семей. Отличительной чертой нашего Центра является совместное пребывание матери и ребенка, что создает благоприятный психоэмоциональный покой и одновременно решает медицинские, социальные и экономические проблемы.

Центр является единственным в Казахстане, где оздоравливаются беременные женщины с детьми с круглосуточным пребыванием. Курс оздоровления 20 дней, в год 17 заездов.

Он рассчитан на 150 коек, из них 70 коек –

отделение реабилитации беременных и 80 коек – детское отделение.

У нас созданы все условия для полноценного лечения и отдыха. Чистый воздух, обилие зеленых насаждений и уютные палаты на двоих, игровые комнаты для детей, комната релаксации – все это благоприятно влияет на здоровье пациентов. Пациенты получают сбалансированное, калорийное, диетическое, шестипразовое питание. Питание витаминизировано. Круглый год овощи и соки, а в летний и осенний периоды – фрукты, кумыс - слабый, однодневной зрелости.

Так же работают следующие диагностические и лечебные подразделения: физиотерапевтическое отделение, кабинет лечебной физкультуры, кабинет мануальной терапии, массажные кабинеты, кабинет ингаляции, кабинет кислородного коктейля и кислородотерпии, кабинет иглорефлексотерапии, водолечебница (ванны, подводный массаж), стоматологический кабинет, клиническая лаборатория, кабинет УЗИ, кабинет психологов, кабинет шунгитотерапии, кабинет кинезотерапии (сухой бассейн), кабинет релаксотерапии для беременных женщин (релакс-сон). Релаксотерапия способствует улучшению самочувствия, сна, нормализации артериального давления.

Главными задачами центра являются:

- проведение полного комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, восстановительного лечения на современном уровне с учетом характера патологии, возраста и индивидуальных особенности пациента;

- проведение полного комплекса реабилитационных мероприятий среди беременных женщин и матерей по уходу с учетом имеющейся патологии;

- пропаганда среди родителей и детей здорового образа жизни;

- закаливание детей, стимуляция адаптационных и иммунологических возможностей детского организма с использованием природных и физических лечебных факторов.

В настоящее время отбор беременных женщин и детей на оздоровление осуществляется врачами поликлиник. Работаем также в тесном контакте с перинатальными центрами и другими областными и городскими лечебными организациями, а так же участвуем в проведении УЗИ скринингового обследования беременных женщин находящихся в нашем центре.

Для реабилитации в центр «Материнство и детство» направляют женщин фертильного возраста с 15 до 49 лет, в том числе беременных с момента взятия на учет и до 32-х недель беременности с экстрагенитальной и

акушерской патологии.

Показаниями для госпитализации являются следующие виды экстрагенитальной патологии:

- анемия I и II степени;
- заболевания почек в период ремиссии;
- заболевания сердечно – сосудистой системы без нарушения кровообращения;
- заболевания органов дыхания вне обострения;
- заболевания желудочно – кишечного тракта вне обострения.

Показаниями для госпитализации беременных с акушерской патологией являются:

- плацентарная недостаточность;
- привычное невынашивание без угрозы прерывания беременности.

Реабилитация и лечение девочек-подростков с гинекологической патологией проводится по направлению детского акушера-гинеколога.

Для оздоровления в центр направляются дети до 18-ти лет со всеми нозологическими формами заболеваний, нуждающихся в реабилитации:

- ЧБД (часто и длительно болеющие);
- бронхолегочная патология вне обострения;
- анемия I и II степени;
- перинатальное поражение ЦНС;
- заболевания сердечно-сосудистой системы без нарушения кровообращения;
- заболевания мочеполовой системы вне обострения;
- заболевания желудочно-кишечного тракта вне обострения.

Основная задача Центра в оздоровлении матери и ребенка посвящена исключительно важной теме - повышению эффективности мер по охране репродуктивного здоровья путем внедрения новой организации реабилитационной помощи матери и ребенка.

Теперь, спустя 19 лет, с полным основанием можно сказать, что центр оправдывает свое назначение. За это время здесь отдохнули и поправили свое здоровье более 43 тыс. человек, 45% из них дети, 13% - матери, ухаживающие за детьми и 43% беременные женщины.

Таким образом, на деле реализуются программа -«Здоровая мама - здоровый ребенок - здоровая нация». Родители и дети прошедшие курс лечения в центре становятся более грамотными, благодаря усиленной работе по пропаганде здорового образа жизни, правильного воспитания развития личности, формирования ответственности за восстановление здоровья. Эту функцию специалисты нашего центра взяли на себя.

Словом, наш центр выполняет доброе и очень нужное для государства дело - улучшает генофонд нации. А что может быть важнее в условиях критической демографии.

Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
2. Изучение эффективности санаторно-курортной реабилитации беременных женщин с экстрагенитальной патологией на славянском курорте (с 12.07.2006 г. по 12.01.2007 г.) Пиляев В.В., Петренко Л.Н., Дервянко В.Г., Дзалаева В.А.
3. Книга «Физическая реабилитация» под редакцией проф. С.Н. Попова, 2005 г. стр. № 20.

РЕЗЮМЕ

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ В УСЛОВИЯХ ЖАМБЫЛСКОГО ОБЛАСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «МАТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО».

Азимкулова Г.М., Карибаева Д.Ж., Асанова Н.Р.

В статье рассматриваются аспекты деятельности по повышению эффективности репродуктивного здоровья семьи путем внедрения новой организации реабилитационной помощи матери и ребенку.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖАМБЫЛ ОБЛЫСЫНДАҒЫ «АНА МЕН БАЛА» РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНДА АНА МЕН БАЛАҒА РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ КӨРСЕТУ.

Азимкулова Г.М., Карибаева Д.Ж., Асанова Н.Р.

Мақалада ана мен балаға реабилитациялық көмекті жаңаша ұйымдастыруды енгізу жанұяның репродуктивті саулығын жоғарылату мәселесі ретінде қарастырылатындығы жайлы айтылады.

SUMMARY

REHABILITATIVE CARE OF MOTHER AND CHILD UNDER ZHAMBYL REGIONAL REHABILITATION CENTER «MOTHERHOOD AND CHILDHOOD.»

Azimkulova G.M., Karibayeva D.Zh., Asanovo N.R.

The article deals with the aspects of the effectiveness of reproductive health of the family by introducing a new organization of rehabilitation service for mother and child.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СКОЛИОЗЕ.

Алипов К. Ж., Булекбаева Ш.А., Айткулова М.Б., Дарибаев Ж.Р.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Ключевые слова: реабилитация, сколиоз, гидрокинезотерапия.

Актуальность. За последние десятилетия XX века, в период научно-технической революции, кардинально изменились условия и сам процесс труда. Автоматизация производства, развитие транспорта, улучшение условий жизни привели к снижению двигательной активности большинства людей. В организме человека стали нарушаться нервно-рефлекторные связи, заложенные природой и закрепленные в процессе тяжелого труда.

Одним из эффективных методов лечения сколиоза является лечебное плавание. Назначается врачом на основании диагностики заболевания. Наряду с другими консервативными методами лечения сколиоза, лечебное плавание, является обще-оздоровительным и наименее травмоопасным методом. Помимо основных задач, лечебное плавание при сколиозе, выполняет и ряд косвенных задач, а именно, уменьшение тонуса и контрактур, безопасная растяжка всех мышц, повышение подвижности суставов, общая физическая нагрузка.

Тело человека обладает плавучестью, так как его удельный вес близок к удельному весу воды, то есть в воде тело становится как бы невесомым. Специфические особенности плавания связаны с двигательной активностью в водной среде. При этом организм человека подвергается двойному воздействию: с одной стороны на него воздействуют физические упражнения, с другой - водная среда. Лечебное плавание рекомендуется всем пациентам, страдающим сколиотической болезнью, независимо от тяжести деформации, прогноза, течения заболевания и вида лечения.

Плавание противопоказано в случаях нестабильности позвоночника с разницей между углом искривления на спондилограмме в положении лежа и стоя более 10-15°.

Целью является применение лечебного плавания при сколиозе для коррекции формы спины.

Задачи физических упражнений: разгрузка позвоночника; воспитание правильной осанки и улучшение координации движений; увеличение силы и выносливости мышц туловища и конечностей; улучшение функции кардиореспираторной системы; закаливание организма; профилактика психоэмоциональной нагрузки.

Материалы и методы исследования: При обмене опытом в городе БАД ФЮСИНГ Клинике Юханесбад находящийся в Германии были получены, а так же в последующем были внедрены в РДРЦ определенные знания лечения сколиоза в воде. Было произведено обследование детей – 12.

При проведении лечебного плавания следует учитывать следующее:

1.Подбирать физические упражнения и стиль плавания только индивидуально;

2.Учитывать при подборе исходного положения и специальных корригирующих упражнений тип сколиоза, степень искривления, изменения позвоночника в сагиттальной плоскости (кифозирование или лордоз грудного отдела), состояния мышечной системы и уровня физической и функциональной подготовленности, наличие сопутствующих заболеваний других органов и систем, не являющихся противопоказанием к плаванию;

3.Исключать упражнения, мобилизующие позвоночник, увеличивающие его подвижность (гибкость), вращающие позвоночник с колебаниями вокруг вертикальной оси туловища, использование приспособлений для пассивного вытяжения позвоночника;

4.Осторожно использовать упражнения деторсионного характера в связи с тем, что их выполнение технически очень сложно и неправильно выполненное принесет только отрицательный результат, заключающийся в увеличении торсии и нестабильности позвоночника;

5.Воспитывать правильное сочетание движений конечностей с дыханием, тренировать увеличение времени скольжения с самовытяжением позвоночника.

Особенности лечебного плавания при сколиозе - занятия рекомендуется проводить через день. Время тренировки – 30 мин. Наиболее удачно проводить занятия при температуре воды от 28 до 32 градусов по Цельсию. Проведение занятий по лечебному плаванию необходимо проводить под руководством опытного методиста по ЛФК.

Основные стили. План тренировки по лечебному плаванию при сколиозе:

1. Дыхательные упражнения в воде. Вдох – выдох в воду. Количество повторений: 15-20 раз. И.п.: стоя - руки на поручнях или на бортике. Вдох. Задержка дыхания. Голову опускаем в воду. Выдох в воду. Во время выдоха стараемся ноги вытянуть назад. Опускаем голову, так, чтобы подбородок коснулся тела. Возвращаемся в исходное положение.



2. Плавание брасс. Дозировка - 150 метров. (Здесь хотелось бы обратить внимание на то, что работа рук и ног проводится раздельно. Т.е. необходимо закончить гребок руками, сделать вдох, вытянуть руки вперед, опустить голову в воду и только после этого провести работу ногами. Также, в отличие от обычного брасса необходимо амплитуднее подтянуть колени под живот, но при этом спина должна оставаться ровной. Колени и носки развернуть в стороны под углом в 45 градусов. Время скольжения по воде, после отработки ног: 1-2 секунды.



3. Плавательную тренировку заканчиваем дыхательными упражнениями.

Если вы заканчиваете тренировку раньше рекомендуемого времени, то можно добавить плавание с доской (руки на доске, а ноги имитируют работу ног при плавании стилем Кроль. Вдох осуществляется при подъеме головы вперед. Тело лежит горизонтально на воде.).



4. Кувырки вперед-назад.

5. Плавание на спине двумя руками. Дозировка - 200 метров.

6. Плавание на спине, руки попеременно. Дозировка - 100 метров. (Техника плавания та же что и при плавании на спине двумя руками).

7. Скольжение по воде (обе руки вытянуты вперед. Стараемся лежать горизонтально и ровно. Упражнения совершаем с задержкой дыхания).

Дыхательные упражнения в воде. Не забывайте в процессе тренировок проводить дыхательные упражнения, с выдохом в воду. Они очень полезны при сколиозе, так как разрабатывают лёгкие и активизируют кровоток крови в головной мозг.

Для правильного и дифференцированного применения лечебного плавания необходимо учитывать комплексное влияние всех перечисленных факторов на организм в целом, а также на его органы и системы. Лечебное плавание, обеспечивая естественную разгрузку позвоночника с одновременной тренировкой мышц, является частью всего лечебного комплекса. Правильное его применение возможно при условии понимания вопросов сколиоза. Поэтому в статье даны определенные сведения о сколиозе, классификация его типов и степеней. Даны принципы лечения, представлены задачи лечебного плавания и их реализация с учетом особенностей заболевания каждого ребенка. В статье приведены примерные комплексы упражнений по лечебному плаванию.

Вывод. Таким образом, лечебное плавание обеспечивая естественную разгрузку позвоночника с одновременной тренировкой мышц, является частью всего лечебного комплекса. Было произведено обследование у 12 детей, из них получили положительный результат после лечебного плавания 7 детей.

Литература:

1. Методика лечебного плавания при сколиозе А.Ф. Каптелина, 2003.
2. Методика лечебного плавания Аикиной Л.И., 2005.
3. Бородич Л.А., Назарова Р.Д. Занятия плаванием при сколиозе у детей и подростков. - М.: Медицина, 2005.
4. Васильев В.С., Никитский Б.Н. Обучение детей плаванию. - М.: Физкультура и спорт. – 2003.
5. Каптелин А.Ф. Плавание в лечебных целях // Здоровье. - 2003.
6. Левин Г. Плавание для малышей. - М.: Физкультура и спорт, 2004.
7. Плавание. Учебник под ред. Н.Ж. Булгаквой. - М.: ФиС, 2001.
8. Фирсов З.П. Оздоровительное плавание //Ежегодник. Плавание. -М., 2004.

РЕЗЮМЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СКОЛИОЗЕ.

Алипов К. Ж., Булекбаева Ш.А., Айткулова М.Б., Дарибаев Ж.Р.

В статье отражены принципы работы, материалы и методы исследования, а так же методики лечения сколиоза у детей, полученные при обмене опытом в Клинике Юханесбад, принцип внедрения в Республиканском реабилитационном центре.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАРДАҒЫ ОМЫРТҚА ҚИСАЮ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЕМДІК ЖҰЗУДІҢ ТИІМДІЛІГІ.

Алипов К. Ж., Булекбаева Ш.А., Айткулова М.Б., Дарибаев Ж.Р.

Мақалада балаларда кездесетін омыртқа сколиозы кезінде қолданылатын жұмыстың ұстанымдары, материалдар мен зерттеу әдістері, ал әдістемелер айырбастау тәжірибесімен Юханесбад клиникасындағы шипалар Республикалық балалар оңалту орталығында енгізудің ұстанымы көрсетілген.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF THERAPEUTIC SWIMMING IN CHILDREN WITH SCOLIOSIS.

Alipov K. Zh., Bulekbayeva Sh.A., Aitkulova M.B., Daribayev Zh.R.

The article describes the principles of operation, materials and methods, as well as methods of treatment of scoliosis in children, resulting in the exchange of experience in the Clinic Yuhanesbad principle implementation in the Republican rehab.

ХРАП И СИНДРОМ АПНОЭ/ГИПОПНОЭ ВО СНЕ, КАК ФАКТОР РИСКА У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ахметова Ж.Б., Шожанова А.Б., Сейтахметов Ч.Б.
АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Ключевые слова: апноэ/гипопноэ, храп, фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Актуальность. В настоящее время синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна является не только социальной, но и медицинской проблемой. В 7-м отчете Объединенного Национального комитета США по профилактике, диагностике, оценке и лечению повышенного артериального давления апноэ сна поставлено на первое место среди всех причин вторичных артериальных гипертензий, в том числе рефрактерной артериальной гипертензии.

Синдром ночного апноэ (СНА) является наиболее распространенным нарушением дыхания во время сна. Примерно 9% женщин и 24% мужчин в возрасте от 30 до 70 лет страдают этим заболеванием. К сожалению более 80% случаев апноэ во время сна даже средней и тяжелой степеней остаются нераспознанными, приводя к ухудшению качества жизни таких пациентов, повышению риска развития у них инсулинорезистентности, заболеваний сердечно-сосудистой системы, артериальной гипертензии и многих других заболеваний, обусловленных гипоксией.

По данным масштабного проспективного исследования, охватившего 6441 пациента, синдром ночного апноэ является независимым фактором риска, как общей летальности, так и летальности от сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте от 40 до 70 лет [1].

Связь ишемической болезни сердца и синдрома ночного апноэ подтверждают популяционные и клинические исследования. По данным первых, ИБС, сосудистые заболевания головного мозга встречается у пациентов, страдающих СНА в 1,27 раз чаще, чем у пациентов без расстройств дыхания во время сна. Клинические исследования характеризуют синдром ночного апноэ как значимый и независимый фактор, увеличивающий риск развития сосудистых катастроф в 4,6 раз. Кроме того, замечено, что в ночное время частота аритмий достигает 50%, а у больных с тяжелой степенью синдрома обструктивного апноэ сна депрессия сегмента ST в ночное время отмечалась в 30% [2]. Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна приводит к гормональным нарушениям, как следствие к ожирению и импотенции.

Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна - это состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спаданием верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью [3].

Выделяют два типа апноэ (гипопноэ): обструктивное и центральное. Обструктивное апноэ вызывается закрытием верхних дыхательных путей во время вдоха, является наиболее распространенной и клинически значимой (90% всех апноэ/гипопноэ); центральное

связано с недостатком центральных респираторных стимулов и прекращением дыхательных движений (10%).

Патогенетические факторы синдрома обструктивного апноэ сна заключаются в снижении давления в просвете дыхательных путей при вдохе. Причинами могут быть: нервно-мышечные дистрофические процессы (миастения, старение), уменьшение исходного диаметра дыхательных путей (наследственная узость верхних дыхательных путей, избыточное мягкое небо, увеличение миндалин и аденоидов, пороки развития лицевого скелета (микрोगнатия, ретрогнатия)), гипотиреоз, акромегалия, а также ожирение (сдавление дыхательных путей извне жировыми отложениями на шее). Например, к группе риска можно отнести женщин с окружностью шеи больше 38-40 см и мужчин - 45-53 см.

Основные клинические проявления синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ: громкий храп, указания на остановки дыхания, беспокойный сон, избыточная дневная сонливость, раздражительность, учащенное ночное мочеиспускание. Клиническая картина у взрослых и детей имеет определенные отличия, у детей развивается синдром гиперактивности и дефицита внимания.

Цель исследования. Изучить частоту синдрома ночного апноэ и храпа, как фактора риска по данным анкетирования пациентов неврологического отделения ФАО «ЖГМК»-«ЦДБ» г. Астана.

Материалы и методы. Нами было проанкетировано 50 больных неврологического отделения ФАО «ЖГМК»-«ЦДБ» г. Астана, из них 66% женщин и 34% мужчин. Средний возраст пациентов составил $53,0 \pm 14,8$ лет. Исключительно для ориентировочной оценки был подсчитан средний ИМТ, который был равен $28,9 \pm 6,7$ кг/м², что в соответствии с интерпретацией ВОЗ свидетельствует о наличии избыточной массы тела у группы респондентов в целом. Среднее значение окружности шеи без учета гендерной принадлежности составил $39,0 \pm 3,6$ см. В процессе анкетирования нами были использованы два опросника: Эпвортский опросник для оценки степени дневной сонливости и Берлинский опросник [4]. Для вычисления статистических данных была использована программа IBM SPSS Statistics 21.

Результаты и обсуждение. На первом этапе нами был проведен анализ чувствительности двух опросников на выявление храпа и апноэ сна. При положительном значении 2 и более категорий по Берлинскому опроснику и более 10 баллов по шкале Эпворта вероятность наличия нарушений дыхания во время сна расценивалась как высокая. Результаты Эпвортского опросника показали, что у 82% респондентов дневной сонливости не было выявлено; а результаты Берлинского опросника показали высокую вероятность дыхательных нарушений у 86%

респондентов и 18% опрошенных имеют пограничное состояние. Таким образом, для выявления групп риска больных с дыхательными нарушениями во время сна проще использовать Берлинский опросник.

Следующим этапом нашего исследования было изучение влияния апноэ сна и храпа, как факторов риска. Используя программу IBM SPSS Statistics 21, нами были рассчитаны относительные риски между характеристиками больных, полученных при анкетировании, и наличием или отсутствием у пациентов дыхательных нарушений.

При оценке риска у больных между храпом и дневной сонливостью относительный риск развития дневной сонливости был в 1,22 раза выше у больных с храпом с доверительным интервалом (ДИ) 95%: 0,47 – 3,15. Относительный риск развития высокого артериального давления в 1,2 раза выше у больных с дыхательными нарушениями при ДИ 95%: 0,73 – 1,98. Наличие храпа во сне увеличивает риск развития дневной сонливости и высокого артериального давления на 12%.

При анализе количественных переменных с использованием χ^2 Пирсона была выявлена взаимосвязь между индексом массы тела и окружностью шеи, что вполне прогнозируемо. Так, $\chi^2 = 40,1$, $p = 0,038$.

При расчете частоты развития сопутствующих заболеваний у больных с храпом и без храпа χ^2 Пирсона оказался равным 3,85 (7), $p=0,8$. При этом удельный вес сопутствующих заболеваний распределился следующим образом: 34,7% больных имели артериальную гипертензию, 16,5% – сахарный диабет, 12,2% ишемическую болезнь сердца, 8,2% - гипотиреоз, 2% - бронхиальную астму, частота остальных заболеваний составила менее 1%. Взаимосвязь между наличием храпа и сопутствующих заболеваний оказалась в прямой зависимости от частоты возникновения дыхательных нарушений у больного в течение дня, недели или месяца, χ^2 квадрат Пирсона составил 32,77 (24), $p=0,1$

Четких статистических данных зависимости храпа и показателя окружности шеи выявлено не было, что можно объяснить малой выборкой.

Выводы. Берлинский опросник обладает большей прогностической ценностью в выявлении синдрома апноэ во время сна, по сравнению с опросником Эпворта, и может применяться для первичной оценки риска дыхательных нарушений во время сна. Наличие храпа во сне увеличивает риск развития дневной сонливости и повышения артериального давления приблизительно на 10%. Наибольший риск возникновения сопутствующих заболеваний был у больных с жалобой на ежедневный храп.

Литература:

1. Волов Н.А., Шайдюк О.Ю., Таратухин Е.О., Гончаров А.П. Нарушения ритма сердца и синдром обструктивного ночного апноэ: клинический пример. // Российский кардиологический журнал, 2008, № 6, с. 38-40.

2. Гончаров А.П., Волов Н.А., Шайдюк О.Ю. Синдром обструктивного апноэ во сне у пациентов со стенокардией напряжения IV функционального класса. // Российский кардиологический журнал, 2010, №1, с.18-23.

3. Бузунов Р.В., Легейда И.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна. - Москва.-2010.-76с.

4. Иванникова Л.В. Опыт применения анкеты для скрининга синдрома апноэ во сне / Л.В. Иванникова, В.Е. Моргачёв, О.В. Лышова // Функциональная диагностика: сб. материалов 9 Конгресса Российского общества холтеровского мониторирования и неинвазивной электрофизиологии, 2 Российского Конгресса Клиническая электрокардиология. – Суздаль. – 2008. - № 2, специальный выпуск. – С. 123.

РЕЗЮМЕ

ХРАП И СИНДРОМ АПНОЭ/ГИПОПНОЭ ВО СНЕ, КАК ФАКТОР РИСКА У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ж.Б. Ахметова, А.Б. Шожанова, Ч.Б. Сейтахметов
Клинические исследования характеризуют синдром ночного апноэ как значимый и независимый фактор, увеличивающий риск развития сосудистых катастроф. Берлинский опросник может применяться для первичной оценки риска нарушений дыхания во время сна. Наличие храпа во сне увеличивает риск развития дневной сонливости и повышения артериального давления приблизительно на 10%. Наибольший риск возникновения сопутствующих заболеваний был у больных с жалобой на ежедневный храп.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚОРЫЛДАУ ЖӘНЕ ТҮСТІҢ ГИПОПНОЭ/ АПНОЭ НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫНДА ТӘУЕКЕЛДІҢ ФАКТОРЫ БОЛЫП ТАБЫЛАДЫ

Ж.Б. Ахметова, А.Б. Шожанова, Ч.Б. Сейтахметов
Клиникалық зерттеу бойынша түнгі апноэ синдромы мәнді және тәуелсіз фактор сияқты сипатталады, жүректамырдың апатының дамуына тәуекелін өршітеді. Алғашқы тыныстың бұзушылықтарын анықтау үшін Берлин сұраушысын қолдану қажет. Қорылдау күндізгі ұйқышылдықтың және артериялық қысымның көтерілуін 10% көбейтеді. Ләсепе аурулардың ең үлкен тәуекелі науқастардың күнде қорылдауына байланысты екені анықталды.

SUMMARY

SNORING AND SLEEP APNEA / HYPOPNEA AS A RISK FACTOR OF NEUROLOGICAL PATIENTS

Ahmetova Zh.B., Shozhanova A.B., Seitohmetov Ch.B.

Clinical studies characterize sleep apnea as a significant and independent factor that increases the risk of vascular events. Berlin questionnaire can be used for the initial assessment of the risks of breathing disorders during sleep. The presence of snoring during sleep increases the risk of daytime sleepiness and increasing blood pressure by about 10%. The greatest risk of comorbidities was in patients complaining of snoring daily.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.

**Бадьянова И. С., Газдиева Е. М.
Санаторий «Надежда», ОАО «Тольяттиазот», г. Тольятти.**

Метаболический синдром в последние годы привлекает пристальное внимание эндокринологов, кардиологов, врачей общей практики. Это обусловлено, в первую очередь, широким распространением данного симптомокомплекса в популяции – до 20%. Метаболический синдром (МС) включает в себя следующие компоненты: инсулинорезистентность, абдоминальное ожирение, артериальную гипертензию и дислипидемию.

Краеугольным камнем в лечении МС являются немедикаментозные мероприятия, направленные на снижение массы тела, изменение стереотипа питания, отказ от вредных привычек, повышение физической активности, а также, физиотерапевтические методики, особенно популярные на этапе санаторно – курортного лечения.

Целью работы явилось изучение функционального состояния пациентов с метаболическим синдромом и динамики показателей артериального давления, кардиоинтервалографии, данных антропометрии, уровня холестерина и сахара крови на фоне курса восстановительного лечения в условиях санатория.

В санатории «Надежда» ОАО «Тольяттиазот» за последние годы пролечено 78 человек с диагнозом «Метаболический синдром». На первом этапе пациентам проводится функциональная диагностика, которая включает в себя электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, кардиоинтервалографию, ультразвуковое обследование внутренних органов, клиническое и биохимическое исследование крови, тест толерантности к глюкозе и антропометрию.

Программа лечения МС включает в себя диету с элементами функционального питания, лечебную физическую культуру в спортивном зале и плавание в бассейне, фитотерапию, лечебный массаж, бальнеотерапию, а также преформированные физические факторы. Целью лечебных мероприятий является снижение активности симпатической нервной системы, периферического сосудистого сопротивления, склонности к тромбообразованию, восстановлению микроциркуляции в жизненно важных органах и тканях.

К числу современных технологий, применяемых в физиотерапевтическом отделении санатория «Надежда» для коррекции МС, относятся трансцеребральная импульсная электротерапия (электросон), магнитотерапия от системы Бемер 3000, массаж электростатическим полем от «Хивамат -200», озонотерапия от аппарата «Медазон», цветотерапия, полирецепторная терапия от капсулы «Санспектра 9000», сухие углекислые ванны, лазеротерапия, подводный душ – массаж.

В результате лечения у больных с МС снижается аппетит, улучшается переносимость физических

нагрузок, уменьшается систолическое и, в меньшей мере, диастолическое артериальное давление, по результатам кардиоинтервалографии снижается индекс напряжения в среднем с 220 у. е. до 140 у. е. По данным биохимического исследования крови регистрируется снижение уровня общего холестерина с 8,35 + 0,71 ммоль/л до 6,31 + 0,56 ммоль/л и достоверное уменьшение холестерина низкой плотности.

Курсы восстановительной терапии наши пациенты проходят ежегодно, продолжительность их от 14 до 20 дней. Между курсами проводятся регулярные беседы о здоровом образе жизни, пациенты продолжают активные занятия в спортивном зале и бассейне санатория, каждые три месяца им назначают контрольное биохимическое исследование крови и антропометрию.

При необходимости пациентов консультирует врач – эндокринолог и диетическая сестра.

Отдаленные результаты наблюдения за контрольной группой больных МС свидетельствуют о стабильности происходящих изменений: не нарастает вес тела, стабилизируется артериальное давление, снижается уровень холестерина и глюкозы крови.

Таким образом, в результате восстановительной терапии у пациентов с МС стабилизируется уровень обменных процессов и улучшается качество жизни, что свидетельствует о несомненной эффективности санаторного лечения у данной группы больных.

РЕЗЮМЕ

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.

Бадьянова И. С., Газдиева Е. М.

Установлено, что в результате санаторно-курортного лечения стабилизируется вес, снижается уровень артериального давления, улучшаются показатели жирового и липидного обмена. Это свидетельствует о несомненной эффективности санаторного лечения у данной группы больных.

SUMMARY

METABOLIC SYNDROME - A NON-DRUG TREATMENT IN THE SANATORIUM.

Badyanova J.S., Gazdiev E.M.

It has been established that health resort treatment facilitates stabilization of weight, reduces arterial blood pressure, and improves lipid metabolism. This is indicative of indisputable effectiveness of health resort treatment for this group of patients.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.

**Бадьянова И. С., Яшков А.В., Газдиева Е. М., Куликова Л. И.
Санаторий «Надежда» ОАО «Тольяттиазот», г. Тольятти, Россия.
ГОУ ВПО Самарский Государственный Медицинский Университет
«Росздрава»**

Одним из звеньев патогенеза у больных ХОБЛ является формирование легочной гипертензии с дальнейшим развитием легочного сердца. Это приводит к снижению переносимости физических нагрузок и ухудшению качества жизни пациентов ХОБЛ.

Цель работы. Изучение показателей давления в легочной артерии у больных ХОБЛ на этапе санаторного лечения и их динамики на фоне применения электростатического поля от системы «Хивамат – 200» («Физиомед, Германия).

Материал и методы исследования. Обследовано 58 больных ХОБЛ, которые проходили курс восстановительного лечения в санатории «Надежда» ОАО «Тольяттиазот». Пациентов разделили на две группы. В первую группу вошли лица с пограничными значениями давления в легочной артерии до 30 мм Hg (n = 23), во вторую с умеренной легочной гипертензией от 30 до 39 мм Hg (n = 35).

У всех больных изучался анамнез заболевания, жалобы, функция внешнего дыхания, вариабельность сердечного ритма и клинический анализ крови. Показатели давления в легочной артерии оценивали по скорости потока трикуспидальной регургитации при помощи аппарата УЗИ «HDI 5000 ATL Sono CT» до и после курса восстановительного лечения.

Воздействие электростатическим полем от системы «Хивамат-200» на грудную клетку пациента проводилось ежедневно, на курс 10 сеансов.

Результаты и обсуждение. На фоне восстановительного лечения с применением электростатического поля от системы «Хивамат – 200» у пациентов первой группы выявлено снижение давления в легочной артерии до 23 + 2,51 мм Hg. Во второй группе у 13 человек оно составило 34 + 1,35 мм Hg и у 21 человека 27 + 2,63 мм Hg. У всех пациентов наблюдалась также положительная динамика показателей функции внешнего дыхания и вариабельности сердечного ритма.

Таким образом, включение в комплекс санаторного лечения электростатического поля от системы «Хивамат – 200», приводит к снижению нагрузки на правые отделы сердца, давления в легочной артерии и замедляет развитие легочного сердца.

Это способствует повышению толерантности к физическим нагрузкам, улучшению качества жизни у больных ХОБЛ и позволяет рекомендовать процедуры от «Хивамат – 200» на этапе восстановительного лечения у данной группы больных.

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННЫЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.

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

Установлено, что воздействие электростатическим полем от системы «Хивамат – 200», приводит к снижению давления в легочной артерии. Это способствует повышению толерантности к физическим нагрузкам и улучшению качества жизни у данной группы пациентов.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚАЗІРГІ ЗАМАНДА САНАТОРИЙ ЖАҒДАЙЫНДА ПУЛЬМОНОЛОГИЯ АУРУЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ ТЕХНОЛОГИЯСЫНЫҢ ЕМІ.

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

Электростатикалық аумақ әсерімен «Хивамат - 200» деген жүйеде өкпе артериясы қысымының төмендеуі байқалады. Ол бұл топтағы аурулардың физикалық жүктемеде толеранттылығының жоғарлауымен және өмір сапасының жақсаруымен көрінеді.

SUMMARY

MODERN REHABILITATION TREATMENT TECHNOLOGY IN PRACTICE PULMONARY PATIENTS SANATORIUM.

Badyanova J.S., Yashkov A.V., Gazdiev E.M., Kulikova L.I.

It has been established that the effect of electrostatic field generated by Hivamat – 200 leads to a decrease in pulmonary artery pressure. This increases exercise tolerance and quality of life for this group of patients.

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СТРОЦИТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Баймуханов Р.М.

Карагандинский государственный медицинский университет.
И ТОО МФ «Гиппократ» г. Караганда. Республика Казахстан

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, метаболизм мозга.

Актуальность. В настоящее время сосудистые заболевания головного мозга являются наиболее актуальной проблемой современной медицины. Наблюдаемые в последние годы рост цереброваскулярных заболеваний, высокая смертность населения от инсульта, значительная инвалидизация больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения ставят эти заболевания в разряд не только медицинских, но и социальных проблем (Виленский Б.С., 1999 г; Гусев Е.И.; Скворцова В.И., 2001г; Кайшибаев С.К., 2005г).

В связи с увеличением количества больных с ишемическими цереброваскулярными нарушениями повышается значение своевременного и эффективного лечения этих заболеваний, особенно первичной профилактики инсультов. [1]. Одними из наиболее перспективных методов являются применение препаратов несущих многовекторное воздействие, влияющее, как на уровень кровоснабжения мозга, так и на его метаболизм [2].

В нашем исследовании было изучено влияние препарата СТРОЦИТ (цитиколин) – одного из таких комбинированных, современных препаратов, используемых для лечения острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения. Одна ампула препарата содержит 1000 мг действующего вещества цитиколина.

Цель исследования – изучение динамики неврологического статуса, когнитивных функций и данных исследования церебрального кровотока по магистральным артериям головы (МАГ).

Материал и методы исследования. Обследовано 25 человек в возрасте от 25 до 75 лет (средний возраст $53,2 \pm 2,2$ лет) с признаками дисциркуляторной энцефалопатии – I – II степени с транзиторными ишемическими атаками в вертебробазилярном и каротидном бассейнах. (15 женщин и 10 мужчин). У всех больных были признаки артериальной гипертензии с наличием или без наличия атеросклероза сосудов головного мозга. Данные больные были отнесены в первую группу исследования, получавших в комплексной терапии препарат строцит 1000,0 мгр внутривенно в системе 1раз в день, в течении 10 дней. Во вторую группу сравнения вошли больные в количестве 30 человек (20 женщин и 10 мужчин, средний возраст $60,1 \pm 2,3$ лет), получавших в комплексной терапии другие сосудистые и метаболично-ноотропные препараты. До и после курса лечения у всех больных оценивали неврологический и нейропсихологический статус, проводили ультразвуковую доплерографию

(УЗДГ) МАГ и транскраниальную доплерографию (ТКД). Проводили также оценку (в баллах) выраженности следующих симптомов: головная боль, головокружение, шум (или звон) в ушах, нарушение сна, утомляемость и степень снижения памяти.

В обеих группах выявлялись очаговые неврологические симптомы, нарушения при нейропсихологическом исследовании.

Диагноз ставили на основании анамнестических, клинических и параклинических признаков, а также при наличии ангиопатии сосудов сетчатки, гиперлипидемии, ТИА в анамнезе, выявления признаков стенозирования МАГ и т.д. Во всех группах с одинаковой частотой выявлялись признаки статической и динамической атаксии, пирамидной недостаточности, нистагм, рефлексы орального автоматизма, гипестезия и парестезии, дизартрия.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведенного лечения отмечалось улучшение самочувствия: у больных 1-й группы получавших препарат строцит, головная боль исчезла у 12 больных, а у 4-х снизилась их интенсивность; реже отмечали головокружение 12 пациентов, а у 8 больных оно прекратилось; отмечали улучшение общего фона настроения и повышение активности – 11 больных. Эффект от лечения у больных 2-й группы тоже был удовлетворительным, однако менее выраженным, чем в 1-ой группе больных не получивших препарат строцит: головная боль исчезла у 7 больных, а у 9 стала менее интенсивной; головокружение отмечалось реже у всех больных; улучшение настроения и повышение активности отмечали 8 больных.

По данным анализа результатов экспериментально-психологического тестирования (табл.№1,2) установлено, что комплексное лечение включавшее препарат строцит (цитиколин) позволило повысить уровень умственной работоспособности, концентрации произвольного внимания и сенсомоторных реакций лучше, чем у больных не получавших данный препарат.

Таблица 1 Произвольное внимание и сенсомоторные реакции

Группы исследования	Частота нарушений в пробе Крепелина			
	Кол-во ошибок		Скорость счётных операций	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1-я группа	11,3	7,4	57,5	40,6
2-я группа	11,7	9,3	56,7	42,4

Таблица 2 Показатели произвольного внимания по таблицам Шульте

Группы	Результаты исследования произвольного внимания									
	Время в секундах					Кол-во цифр, просмотренных за 30 секунд				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
1 гр до леч	52,4	48,6	49,2	49,2	50,4	15,3	16,2	18,3	17,4	14,8
1 гр после леч	47,1	45,6	45,3	43,2	42,8	17,5	19,4	22,3	21,4	24,5
2 гр. до леч	52,6	46,7	46,3	47,6	51,2	16,4	15,7	17,2	17,3	15,2
2 гр. после леч	50,4	45,7	45,3	45,6	47,5	17,4	17,6	19,7	19,5	18,7

Таким образом, после курса лечения строцитом отмечена позитивная динамика большинства неврологических и нейропсихологических параметров. Комплексное лечение с другими нейрометаболитами изолировано приводило к улучшению только части показателей, тогда как действие строцита (цитиколина) в комплексном лечении получены значительно лучшие результаты, как со стороны когнитивных функций, так и в регрессе общемозговых симптомов. Исследование позволило объективизировать клиническую ценность комбинации метаболического и вазоактивного эффекта препарата строцит. Данное исследование подтвердило описанный в иностранной литературе [3,4] факт того, что строцит (цитиколин) может значительно усиливать метаболизм мозга, как за счёт нейропротективного метаболического действия, так и за счёт усиления кровотока и микроциркуляции.

РЕЗЮМЕ

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СТРОЦИТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ.

Баймуханов Р.М.

В представленном клиническом исследовании показана роль современных препаратов улучшающих метаболизм мозга в процессе ранней реабилитации постинсультных больных.

ТҮЙІНДЕМЕ

СТРОЦИТ ПРЕПАРАТЫНЫҢ ҚОЛДАНЫСЫ ЦЕРЕБРАЛДЫ ВАСКУЛЯРДЫ ПАТОЛОГИЯНЫҢ ОҢАЛУ МЕН КЛИНИКАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАНЫҢ ТИІМДІЛІГІ.

Баймуханов Р.М.

Қазіргі заманда клиникалық диагностика троцит препаратының зерттеудегі ролі мидың метаболизмын жақсартуда, аурудың үдерісін инсульттан кейінгі жағдайда ерте оналуына алып келеді.

Литература:

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга.- М.: Медицина, 2001.
2. Дамулин И.В. Сосудистая деменция.// Неврологический журн. -1999. – Т.3, №4. – С.4-11.
3. Hershey L. A., Olszewski W.A./Ischemic vascular dementia. // In: Handbook of Demented Illnesses/ Ed. Morris J.C.- New York: Marcel Dekker, Inc, 1994. – P.335-351.
4. Hoyer S. Memory function and brain glucose metabolism. //Pharmacopsychiatry. – 2003.- 36, Suppl. 1-P. S62-S67.

SUMMARY

REHABILITATION AND CLINICAL DIAGNOSTIC EFFICACY OF DRUG FOR TREATING STROTSEV CEREBROVASCULAR PATHOLOGY.

Baimukhanov R.M.

In a clinical study shows the role of modern drugs improves the metabolism in the brain during early rehabilitation of patients after stroke.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ИНФАРКТА МОЗГА.

Баймуханов Р.М., Еськова Н.Л., Никифорова Е.И.
Реабилитационный Центр ТОО МФ «Гиппократ», г. Караганда.

Ключевые слова: иглорефлексотерапия, инфаркт мозга.

Актуальность. Сосудистые заболевания мозга составляют значительный процент среди всех сердечно-сосудистых болезней. Мировая статистика неизменно отводит им третье, а в некоторых экономических странах даже второе место в ряду главных причин смертности населения [1,2,3]. Восстановительное лечение является начальным этапом реабилитационных мероприятий, предусматривающих максимальное использование адаптационных и компенсаторных функций больного человека [1,2]. На сегодняшний период прогрессивным методом в реабилитации больных с инфарктом мозга стал метод чжень-цзю терапии, который включает в себя различные методы воздействия на акупунктурные точки (электро-, механо-, лазеропунктура и др. методы). В восточной медицине существуют несколько видов акупунктуры: аурикулорефлексотерапия, Суджок-терапия и корпоральная акупунктура [4, 5].

Целью работы явилось изучение эффективности применения традиционных методов восточной медицины в совокупности с медикаментозными методами лечения больных с инфарктом мозга.

Материал и методы. Всего было обследовано и пролечено 60 больных в остром периоде инфаркта мозга (мужчин - 40 (60%); женщин - 20 (40 %); возраст больных: 40-45 лет - 8 (9%), 46-50 лет - 8 (9%), 51-55 лет - 14 (24 %), 56-60 лет - 17 (30%), 61-70 лет - 15 (30%). Основную группу (30 человек) составили больные, которые кроме медикаментозной терапии получали иглорефлексотерапию, а именно чжень-цзю (корпоральную), суджок терапию, а также аурикулорефлексотерапию. Контрольную группу (30 человек) составили больные, получающие только традиционную медикаментозную терапию, применяемую при инсультах. Тип нарушения мозгового кровообращения был ишемический в 87% случаев (верифицированный на компьютерном томографическом исследовании мозга). Состояние каждого пациента оценивалось по скандинавской неврологической инсультной шкале (1985 г.). Применение ИРТ было начато с 5 суток после развития инсульта.

В основной группе применялось одновременно воздействие на акупунктурные точки по трём методикам: су-джок и аурикулорефлексотерапия (по принципу точек соответствия); чжень-цзю (по принципу тонизирование, седирование, бу-се). Точки Чжень-цзю применялись, при выявленном энергетическом дисбалансе в канальной системе (цикл У-СИН). Тестирование больных с инсультом показало, что основной дисбаланс наблюдается в следующих каналах по типу недостатка: канал сердца, трёх частей туловища, желчного пузыря и печени. Для лечения применялся метод тонизирования основного энергетического канала.

Результаты. Динамика состояния больных обеих групп прослеживалась от начала заболевания до 30 дней. Полученные данные свидетельствуют о том, что применение комплексного подхода в лечении не только ускоряли процессы восстановления, но и позволяли

добиться результатов, когда клиническая симптоматика приобретала качественно новую характеристику.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование показало целесообразность применения методов восточной медицины в сочетании с медикаментозным лечением для реабилитации больных с инфарктом мозга.

Литература:

1. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение.- Санкт-Петербург: Фолиант, 2002.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга.- Москва, «Медицина», 2001.
3. Кайшибаев С.К. Ранний церебральный атеросклероз. – Алматы: «Фылым», 1998.
4. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии. – Москва: «МЕДпресс», 2001.
5. Bossy J., Prut – Pradal D., Les Microsystems de Lacupuncture. Paris, 1984.

РЕЗЮМЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ИНФАРКТА МОЗГА.

Баймуханов Р.М., Еськова Н.Л., Никифорова Е.И.
Применение комплексного раннего реабилитационного подхода в лечении инфаркта мозга по данным совместного исследования авторов позволило расширить терапевтические возможности лечения инфаркта мозга методами восточной медицины.

ТҮЙІНДЕМЕ

МИДЫҢ ИНФАРКТИНЕН КЕЙІНГІ ОҢАЛУДАҒЫ ИНЕ ШАНШЫП ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІ.

Баймуханов Р.М., Еськова Н.Л., Никифорова Е.И.
Кешенді ерте оңалудағы қолданыс мидың инфарктінің емінде авторлардың деректері бойынша бірлескен терапевтикалық мүмкіндіктерін күншығыс медицинаның әдістерімен кеңейту керек.

SUMMARY

EFFECTIVE REHABILITATION OF ACUPUNCTURE IN TREATING THE CONSEQUENCES OF CEREBRAL INFARCTION.

Baimukhanov R.M., Eskova N.L., Nikiforov E.I.
An integrated approach of early rehabilitation in the treatment of cerebral infarction according to a joint study authors allowed to expand the therapeutic potential of the treatment of cerebral infarction methods of Oriental medicine.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННО - ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ.

Баймуханова С.Р.

КГКП «Поликлиника № 3» г. Караганда. Республика Казахстан

Ключевые слова: Сахарный диабет, нейропатия, боль, биорезонанс, высокочастотная терапия.

Актуальность. Нейропатия относится к заболеванию периферической нервной системы, является одним из наиболее частых осложнений сахарного диабета (СД), и в различной степени тяжести она выявлена у 50% больных с впервые поставленным диагнозом «сахарный диабет». С течением заболевания диабетическая нейропатия (ДН) может привести к развитию синдрома диабетической стопы - тяжелому инвалидизирующему осложнению, имеющему риск в 15 раз выше ампутации нижних конечностей. Известно, что данное осложнение СД сопровождается болевым синдромом и ухудшает качество жизни пациентов. В этой связи приобретает острую значимость вопрос необходимости предупреждения прогрессирования заболевания и развития осложнений.

Однако у части больных боли сохраняются в течение длительного времени, нередко приводя к инвалидизации. Спинальные радикулярные синдромы обусловлены патологией общего метаболического синдрома при сахарном диабете. Источником болей в спине может быть болевая импульсация, связанная как с самим позвоночником (связки, мышцы, надкостница отростков, фиброзное кольцо, суставы, корешки), так и с другими структурами (мышцы, висцеральные органы, суставы). Вся специфическая болевая (ноцицептивная) импульсация поступает через задние корешки в нейроны задних рогов спинного мозга, отсюда она по ноцицептивным путям достигает центральной нервной системы. Одновременно болевые импульсы активируют альфа, гамма-мотонейроны передних рогов спинного мозга. Сенсомоторный рефлекс работает как в автономном режиме, так и под контролем ЦНС. Активация передних мотонейронов приводит к спазму мышц, иннервируемых данным сегментом спинного мозга. При мышечном спазме происходит стимуляция ноцицепторов самой мышцы. В спазмированных мышцах развивается локальная ишемия, что вызывает вазомоторные и нейроциркуляторные изменения в тканях и ещё больше усиливает активацию ноцицепторов мышечного волокна. Таким образом, спазмированная и метаболически окисленная продуктами диабетического обмена мышца становится источником дополнительной импульсации, которая поступает в клетки задних рогов того же сегмента спинного мозга. Усиленный поток болевой импульсации соответственно увеличивает активность передних рогов спинного мозга, что ведёт к большему спазму мышц. Замыкается «порочный круг»: боль-метаболический спазм мышц-боль [1,2,3].

Для купирования данного «порочного круга» широко используется витаминотерапия. Однако при витаминно обменной терапии возможна нежелательная

активизация мышечных триггерных зон с последующим усилением напряжения паравертебральных мышц и болевого синдрома. Сегодня остаётся актуальной разработка сочетанного воздействия (фармакологического, физиотерапевтического), исключающего активацию триггерных зон [2,3,4,5].

В настоящее время на фармацевтическом рынке имеется множество препаратов, снимающих болевой синдром не только при ДН, но и при других заболеваниях. К сожалению, прием медикаментов чреват побочными эффектами со стороны желудочно-кишечного тракта, печени, почек. В этой связи поиск лечебных мероприятий, имеющих анальгетический эффект и обладающих минимумом побочных действий на другие органы и системы, становится важной задачей.

Одним из таких безопасных методов является применение высокочастотной биорезонансной терапии, представляющей собой совершенно новую разработку ученых в области электротерапии. Данное воздействие осуществляется методом резонанса: токи высокой частоты возбуждают молекулы, токи низкой частоты - крупные клеточные структуры. При этом на молекулярном уровне активизируются биохимические реакции, митохондрии увеличиваются в размерах и количестве, что вызывает повышенную выработку АТФ, активизирующую окислительно-восстановительные реакции, синтез биологически активных веществ и гормонов, клетки увеличиваются в размерах [1,2].

Улучшается метаболизм, ускоряются репаративные процессы, купируется болевой синдром, нормализуется АД, улучшается настроение. Анальгезирующий эффект высокочастотной биорезонансной терапии объясняется улучшением микроциркуляции, подавлением активности С-волокон (тонкие волокна, участвующие в передаче импульсов болевой чувствительности), снижением выброса возбуждающих медиаторов (глутамат, аспартат) [1,2,3].

Целью явилось изучение влияния Hi top терапии на болевые формы ДН.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были 58 больных с ДН, мужчин - 44, женщин - 14. Средний возраст больных был 43,5 года.

Больных разделили на две сопоставимые по полу, возрасту и другим показателям группы. Основную группу составили 58 больных с клиникой диабетической нейропатией (ДН), группу сравнения составили 15 больных с (ДН) получавших традиционное лечение не включавшее Hi top терапию.

Все пациенты прошли клиническую диагностику, рентгенографические, КТ, МРТ - исследования. Продолжительность курса лечения составила от 7 до 10 суток.

Интенсивность болевого синдрома оценивалось по

4-х бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). При мышечно-тонических синдромах определяли индекс мышечного синдрома (ИМС), который рассчитывали по формуле:

$ИМС = ВСБ + Т + Б + ПБ + СИ$, где:

1. Выраженность спонтанных болей (ВСБ):

1 балл – в покое болей нет, появляются при нагрузке;
2 балла – боли незначительные в покое, усиливаются при движении;
3 балла – боли в покое, нарушается сон, вынужденная поза.

2. Тонус мышц (Т):

1 балл – палец легко погружается в мышцу;
2 балла – для погружения нужно определённое усилие;
3 балла – мышца каменной плотности.

3. Болезненность мышц (Б):

1 балл – при пальпации больной говорит о наличии боли;

2 балла – ответ на пальпацию мимической реакцией;

3 балла – ответ общей двигательной реакцией

4. Продолжительность болезненности (ПБ):

1 балл – болезненность прекращается сразу;

2 балла – продолжается до 1 минуты;

3 балла – продолжается более 1 минуты

5. Степень иррадиации болей при пальпации (СИ): более 12 баллов.

1 балл – болезненность локализуется на месте пальпации;

2 балла – боль распространяется на рядом расположенные ткани;

3 балла – боль распространяется на отдалённые области.

Степень тяжести мышечного синдрома определяется как 1 степень (или лёгкая) при ИМС до 5 баллов, 2 степень тяжести или (средняя) при ИМС от 5 до 12 баллов и 3 степень тяжести (или тяжёлая) при ИМС более 12 баллов.

Больных разделили на две сопоставимые по полу, возрасту и другим показателям группы.

Продолжительность болезни СД составила 8-10 лет. Все больные предъявляли жалобы на боли, жжения, парестезии, ощущения холода в ногах. Диагностика осуществлялась проверкой у больных вибрационной чувствительности с помощью градуированного камертона, определение тактильной чувствительности с помощью монофиламента и температурной чувствительности с помощью прибора Tip-term «Верваг Фарма».

Всем больным помимо применения сахароснижающих средств применяли дополнительные препараты, устраняющие губительное влияние гипергликемии на нервные волокна- препараты бенфотиамина и альфа-липоевой кислоты, а также лечение проводилось на аппарате Hi-top, любезно предоставленным фармфирмой «Верваг Фарма».

Больным лежа накладывались манжеты, пропитанные контактным гелем, на бедра. Частота тока была от 110 до 125 Гц до ощущения легкой парестезии. Длительность сеанса от 30 до 60 минут, курс 7-10 сеансов.

Результаты и обсуждение. После лечения выраженность болевого синдрома в основной группе снизилась с $5,1 \pm 1,6$ до $1,3 \pm 1,0$ ранга ($p < 0,001$), в группе сравнения – с $5,3 \pm 1,3$ до $3,4 \pm 1,2$ ($p < 0,001$).

Благоприятный исход – уменьшение болевого синдрома на 50% отмечен в основной группе у 37 (68,4%) больных. В группе сравнения число больных с критериальным уровнем уменьшения боли было достоверно ($p < 0,04$) меньшим – 6 (54%).

Что касается сроков достижения критерия клинической эффективности лечения болевого синдрома, то в основной группе первые благоприятные исходы были зарегистрированы после третьей процедуры у 38 больных, в дальнейшем они фиксировались ежедневно у 28 больных и окончательно были реализованы после восьмой процедуры. В группе сравнения главный клинический критерий эффективности повышения абсолютной пользы характеризовался величиной 31,4% и был достигнут у 6 больных после третьей и пятой процедуры., а в дальнейшем регистрировался ежедневно у 14 больных до окончания наблюдения.

Все больные отмечали улучшение состояния после первой процедуры в виде уменьшения болей, улучшения общего самочувствия, ощущения тепла в ногах, улучшения вибрационной и тактильной чувствительности. После окончания терапии все пациенты ощущали прилив жизненных сил и одновременно приятное расслабление. Побочных эффектов после Hi-top терапии мы не наблюдали, отмечалось лишь усиление диуреза после сеанса, по-видимому, обусловленного улучшением клубочковой фильтрации на фоне ускоренных метаболических процессов.

Выводы:

1. Высокопотенциальная терапия приводит к купированию или уменьшению интенсивности болевого синдрома у больных с ДН.

2. Высокопотенциальная терапия нормализует регуляторные процессы в организме и заряжает клетки энергией.

3. Выявлена высокая миорелаксирующая и анальгетическая эффективность высокопотенциальной терапии у больных с болевым синдромом диабетического генеза, что позволяет не только сократить длительность пребывания на больничном листе, но и начать раннюю реабилитацию этих пациентов.

4. Высокопотенциальная терапия улучшает качество жизни больных, являясь намного более эффективным методом облегчения болей.

Литература:

1. Абедимова Р.А. и др. Опыт применения высокочастотной терапии в лечении диабетической полинейропатии. //Вестник эндокринологии, №4, 2009
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Диабетическая нефропатия. Универсум Паблишинг, М., 2000
3. Зиглер Д., Мартин С. и др. Эффективное лечение симптоматической диабетической полинейропатии при помощи высокочастотной внешней электростимуляции мышц [www/ medlihrs.ru/ article. php? sid](http://www.medlihrs.ru/article.php?sid).
4. Базарбекова Р.Б., Досанова А.К. Роль воспаления, в формировании диабетической нефропатии при сахарном диабете 1 типа //Вестник эндокринологии – 2008.-№4.-С.11-14.
5. Chow F, Ozols F, Nikolic-Palerson D.J. et al. //Kidney Int. -2004-Vol.65.N1.-P.116-128.

РЕЗЮМЕ

**СОВРЕМЕННЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННО
- ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ.**

Баймуханова С.Р.

Применение новых, инновационных методов биорезонансного типа лечения осложнений сахарного диабета позволяет снизить инвалидизацию и улучшить качество жизни больных.

ТҮЙІНДЕМЕ

**ҚАЗІРГІ АҚТАУ - ДИАБЕТИЯЛЫҚ
НЕЙРОПАТИИ ШИПАСЫНЫҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ
ӘДІСТЕРІ.**

Баймуханова С.Р.

Қант диабетінің асқынуында жаңа биорезонанстық ем үлгісі инновациялық әдіс қолданысы мүгедектікті төмендетіп және аурулардың өмір сапасын жақсартады.

SUMMARY

**MODERN REHABILITATION - INNOVATIVE
TREATMENTS FOR DIABETIC NEUROPATHY.**

Baimukhanova S.R.

The use of new, innovative type of bio-resonance treatment of complications of diabetes can reduce disability and improve the quality of life of patients.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ.

Баймуханова С.Р.
КГКП «Поликлиника №3», г. Караганда.

Ключевые слова: остеоартроз, иммобилизация, чрезкапиллярный обмен.

Актуальность. Травмы, возникающие от многократных воздействий малой силы называются хроническими. Чаще встречаются механические травмы в виде ушибов, растяжений, разрывов, вывихов, переломов костей.

Повреждение опорно-двигательного аппарата приводит не только к нарушению целостности и функций поврежденного сегмента, но и вызывает изменение деятельности центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта, органов выделения, желез внутренней секреции.

При незначительной травме преобладают локальные симптомы: покраснение, отек, боль; нарушение функции поврежденного сегмента. Общее состояние мало изменяется. Патологические изменения в суставах зависят от степени смещения суставных образований. Капсулы и связки страдают при подвывихах, частичном разобщении суставных поверхностей. Клиническими симптомами подвывихов суставов являются: деформация сустава, определяемая визуально и пальпаторно, боль при попытке движения, нарушение функции сустава

При повреждении суставов физическая реабилитация подразделяется на иммобилизационный, функциональный и тренировочный периоды.

Целью постиммобилизационного или функционального периода в условиях поликлиники является завершение регенерации поврежденной области, уменьшение атрофии мышц, тугоподвижности в суставе, увеличение силы мышц и восстановление функции поврежденной конечности.

Материал и методы исследования. Для этого нами в поликлинических условиях была применена локальная баротерапия больным с деформирующим остеоартрозом коленного сустава, т.е. применение воздуха с давлением ниже атмосферного - вакуумный массаж.

В исследование вошли 23 больных с деформирующим остеоартрозом коленного сустава на фоне последствий травм - в виде ушибов, растяжений и др. Возраст больных составлял от 23 до 49 лет, мужчин 17, женщин 6 человек.

Для лечения применяли вакуумный аппарат для электротерапии BTL Vac.

На область коленного сустава устанавливали чашечки электродов со смоченными теплой водой прокладками. Затем выбирали необходимый режим присасывания постоянный или импульсный. Для пациентов с тонкой и чувствительной кожей устанавливали давление вакуума на 40% от максимального значения для предотвращения чрезмерного напряжения или возможного повреждения кожи. Давление вакуума в системе поддерживалось на

постоянном установленном уровне от минимального 10 кПа до выбранного импульсного (15,30, 45, 60). Давление вакуума в системе изменялось регулярной ритмической последовательностью, с длительностью 6-8 сек, ритм программ (1-4) обеспечивал комфортное восприятие изменений давления.

Дозировка процедуры проводилась по трем схемам локальной баротерапии. По основной схеме с 1 по 10 день давление воздуха уменьшали на 4-13 кПа и повышали на 2,5-4 кПа. По ускоренной схеме с 1 по 10-11 день давление воздуха уменьшали на 5-16 кПа и увеличивали на 4-5 кПа. По замедленной схеме с 1 по 11 день давление воздуха уменьшали на 2,5-11 кПа и повышали на 1,3-5 кПа. Общая продолжительность процедур, проводимых ежедневно, реже через день, составляла 10-30 минут. На курс назначали 10-12 воздействий. Повторный курс проводили через 4-6 месяцев.

Результаты и обсуждение. Ритмическое изменение давления на коже сустава заметно изменяет соотношение градиентов гидростатического и онкотического давлений в подлежащих лимфатических и кровеносных сосудах. В конечном итоге разница в давлении приводит к повышению скорости метаболизма на участке изменения давления.

При отрицательном давлении существенно увеличивается проницаемость эндотелия поверхностных сосудов, иногда стенки сосудов разрываются, в результате на коже возникают петехии и повышается количество лимфоцитов. Вследствие этого увеличения фильтрации жидкости через стенку лимфатических капилляров нарастает дренаж межклеточного пространства и уменьшается тканевый отек

Вакуумный массаж, применяемый нашим больным привел к снижению сосудистого тонуса артериол и сосудистого сопротивления. В результате увеличилась объемная скорость кровотока и уменьшился отек тканей. Снижение компрессии нервных волокон кожи в зоне воспалительного процесса привело к нормализации тактильной и болевой чувствительности.

При вакуум-компрессии уменьшилась фильтрация жидкости и транспорт газов через стенки сосудистого эндотелия. При этом создаются благоприятные условия для утилизации кислорода эндотелиальными клетками, уменьшилась проницаемость сосудистого эндотелия для крупных белковых молекул, что способствовало стимуляции процессов регенерации, уменьшению боли в суставах, увеличению объема движения, следовательно улучшению качества жизни больных.

Благоприятные изменения клинического течения деформирующего остеоартроза суставов сопровождалось снижением экскреции с мочой оксипролина, содержания в сыворотке крови гексозаминов и активности кислой фосфатазы, что

косвенно свидетельствует об улучшении обмена коллагеновых фибрилл и основного межзубчатого вещества соединительной ткани костно-хрящевой системы и других элементов суставов.

Выводы. Применение вакуумного массажа больным с остеоартрозом коленного сустава, сочетания чередования местного повышения и понижения барометрического давления, улучшило тонус сосудов и проницаемость капилляров на месте приложения, что привело к повышению скорости чрескапиллярного обмена веществ, улучшению кровоснабжения скелетных мышц и эндотелия сосудов, улучшению обмена коллагеновых фибрилл и основного межзубчатого вещества соединительной ткани костно-хрящевой системы, повышению безболезненной подвижности функции сустава.

Литература:

Техника и методики физиотерапевтических процедур под ред. академика РАМН профессора В.М. Боголюбова, М., 2006, 390 с.

Глезер О., Далихо В.А. Заболевания суставов, костей и мягких тканей. //ЛФК и массаж. Спортивная медицина. М, 2008, №5, с. 26-32.

Шутова Т.В. Показатели электромиографии у больных деформирующим остеоартрозом. / Методическое пособие.- М, 1977, 21 с.

РЕЗЮМЕ
ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ.

Баймуханова С.Р.

Модификационные и инновационные методы реабилитационной терапии остеоартрозов усиливают терапевтический эффект лечения.

ТҮЙІНДЕМЕ
ТІЗЕ БУЫНДАРЫНДА БОЛАТЫН
ДЕГЕНЕРАТИВТІ ДИСТРОФИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРІ
КЕЗІНДЕГІ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ФИЗИОЕМ.

Баймуханова С.Р.

Түрлендірілген және инновациялық әдістері остеоартроздың оңалту терапиялық нәтижесін күшейтеді.

SUMMARY
PHYSIOTHERAPY **DEGENERATIVE**
DYSTROPHIC CHANGES IN THE KNEE JOINT.

Baimukhanova S.R.

Modification and innovative methods of rehabilitation therapy osteoarthritis increase the therapeutic effect of the treatment.

ЛЕЧЕБНЫЕ ВАННЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Батенина А.М., Густоварова Т.Ю., Мельникова Е.А.

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

Психоэмоциональные расстройства, сопровождающиеся нарушениями сна, головными болями, перманентными или пароксизмальными нарушениями настроения, являются частыми последствиями очаговых поражений головного мозга различного генеза (посттравматического, сосудистого), наряду с двигательными и чувствительными симптомами. При этом, синдром психоэмоциональных расстройств может быть результатом как органического поражения определенных участков головного мозга (структуры лимбической системы), так и являться вторичным проявлением постоянного «дискомфорта» и нарушения социальной адаптации вследствие основного заболевания. Необходимость целенаправленного применения комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на купирование психоэмоциональных расстройств, не вызывает сомнений. В случае отсутствия своевременной коррекции синдром психоэмоциональных нарушений может существенно осложнить проведение реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение двигательных и когнитивных функций, вследствие неспособности поддержания мотивации на выздоровление и «локуса контроля» над болезнью. Очевидно, что подходы к коррекции указанного синдрома должны быть дифференцированными в зависимости от наличия или отсутствия поражения глубинных структур головного мозга (лимбической системы и ее связей). Согласно результатам исследований, гидро- бальнеотерапия, при отсутствии противопоказаний, является «универсальным» методом, позволяющим через воздействие на центральное и периферическое звенья обеспечить купирование указанных расстройств. Благоприятное седативное влияние на деятельность центральной нервной системы, посредством нормализации баланса возбуждающих и тормозных медиаторов, возникает при использовании ванн, содержащих травы, йодобромных и жемчужных ванн. Специфическое влияние на структуры центральной нервной системы обусловлено химическим и механическим воздействием на хемо- и барорецепторы, расположенные на коже и слизистых оболочках, и проведением импульсов соответствующей модальности в головной мозг. Кроме того, одновременно происходит улучшение местных трофических процессов. Так при наличии двигательных расстройств в виде пареза, спастичности или ригидности мышц применение ванн будет способствовать улучшению двигательных функций не только за счет снижения рефлекторной возбудимости, но и нормализации метаболических процессов в самой мышечной ткани, что, безусловно, также приведет к улучшению психоэмоционального статуса.

Таким образом, в реабилитации пациентов с последствиями очаговых поражений головного мозга коррекция психоэмоционального статуса может иметь решающее значение для достижения быстрого и полного восстановления нарушенных функций. Применение лечебных ванн значительно снижает

выраженность психоэмоциональных расстройств как органического, так и вторичного генеза, способствует уменьшению частоты и длительности приема психотропных препаратов и положительно влияет на сопутствующие синдромы (синдром двигательных расстройств, цефалгический и диссомнический).

Medicinal baths in the rehabilitation of patients with the syndrome of psycho-emotional disorders on the background of focal brain lesions

Batenina A.M., Gustovarova T.U., Melnikova E.A.

Moscow Department of Public Health, Moscow Center for Research and Practice in Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine

Psycho-emotional disorders, accompanied by sleep disturbances, headaches, permanent or paroxysmal disturbances of mood are common consequences of focal brain lesions of various origins (post-traumatic, vascular), along with the motor and sensory symptoms. Psycho-emotional disorders may be the result of both organic lesion of certain parts of the brain (limbic system), and a secondary manifestation of the constant «discomfort» and the violation of social adaptation as a result of the underlying disease. The need to focus the application of a complex of rehabilitation measures aimed at relief of psycho-emotional disorders, is beyond doubt. In the absence of timely correction the syndrome of psycho-emotional disorders can complicate rehabilitation measures aimed at improving the motor and cognitive functions, due to the inability to maintain motivation for recovery and the «locus of control» over the disease. Obviously, the approaches to correction of the syndrome should be differentiated according to the presence or absence of lesions of deep structures of the brain (limbic system and its connections). According to the research, hydro- balneotherapy, in the absence of contraindications, is a «universal» method, which allows through its impact on the central and peripheral units to provide relief of these disorders. Favorable sedative effect on the central nervous system, by normalizing the balance of excitatory and inhibitory neurotransmitters, occurs, using baths containing herbs, iodine-bromine and bubble baths. Specific effect on the structures of the central nervous system is caused by chemical and mechanical effects on the chemo- and baro-receptors, located in the skin and mucous membranes, and conduction of impulses of a certain modality to the brain. Furthermore, local trophic processes improve simultaneously. So in the presence of movement disorders in the form of paresis, spasticity or muscle rigidity, application of baths will help to improve motor functions, not only by reducing the reflex excitability, but also by normalizing of metabolic processes in the muscle tissue itself, which, of course, also lead to an improvement of mental and emotional status.

Thus, in the rehabilitation of patients with consequences of focal lesions of the brain correction of mental and emotional status can be crucial in order to achieve rapid and complete recovery of disturbed functions. The use of medicinal baths significantly reduces the severity of psycho-emotional disorders, of both organic and secondary origin, helps to reduce the frequency and duration of use of psychotropic drugs and has a positive effect on related syndromes (syndrome of movement disorders, cephalalgic and disomnia syndromes).

РАЗВИТИЕ ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Ш. А. Булекбаева, Ф.Д. Байсеркина, Ж.Р. Дарибаев, Ш.Х. Оспанова, Л.Н. Руденко, М.Б. Жакенова

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы ориентирована на охрану здоровья детского населения путем усиления профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения, проведение восстановительного лечения и реабилитационных мероприятий.

В реализации Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» утверждены Постановлением Правительства Республики Казахстан №1342 от 15.11.2011г. «Правила оказания восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в т.ч. детской медицинской реабилитации».

В 2012г. рабочей группой в соответствии с подпунктом 16) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан (далее МЗ РК), утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 октября 2004г. №1117 разработан Стандарт организации оказания медицинской реабилитации населению Республики Казахстан (далее - Стандарт).

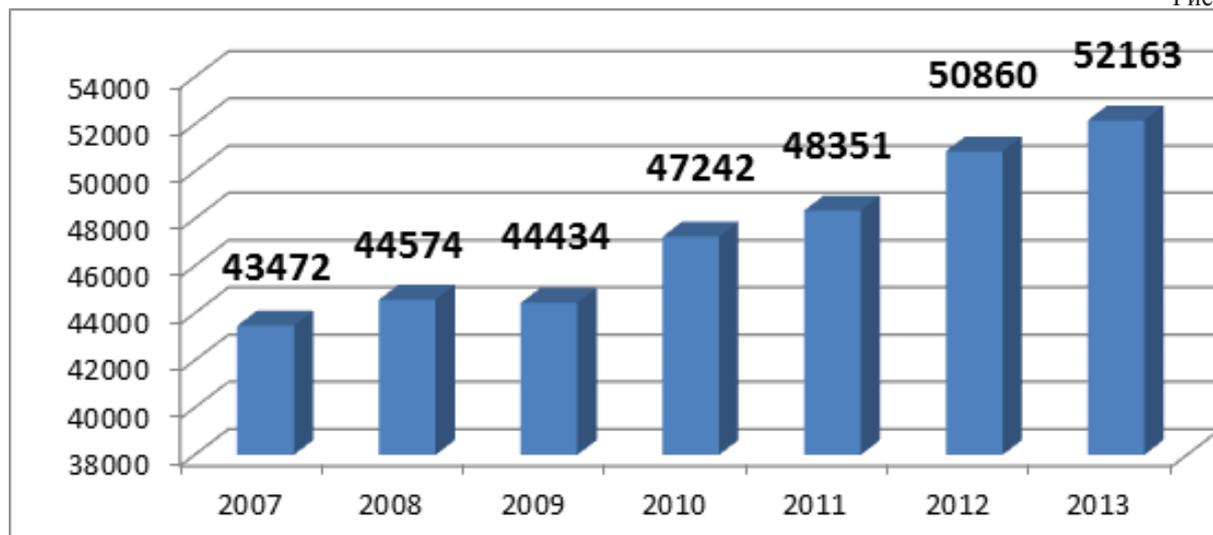
В настоящее время ведется обучение и внедрение Стандарта в здравоохранение Казахстана.

К основным показателям, характеризующим здоровье детского населения, относится уровень инвалидности.

На рис.1 представлены статистические данные МЗ РК за 7 лет.

Показатели детской инвалидности 2000-2013г. Численность детей инвалидов в возрасте до 16 лет (тыс.чел.) на 01.01.2014г. (оперативные данные)

Рис.1.



Согласно рис.1, сохраняется высокий уровень детской инвалидности. Количество детей-инвалидов (в возрасте до 16 лет) увеличилось. По оперативным данным в 2013г. количество детей составило 52163 детей (в 2012 году – 50860 детей).

Количество детей-инвалидов в разрезе регионов за 5 лет (2008-2013г.г.)

Таблица 1

№	Наименование регионов	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1.	РК	44574	44434	47242	48351	50816	52163
2.	Акмолинская	1725	1755	1898	1194	1332	1416
3.	Актюбинская	1511	1614	1727	1796	1965	2049
4.	Алматинская	4182	4441	4819	4905	5358	5442
5.	Атырауская	2016	1915	1926	1986	2118	2202
6.	ВКО	3705	3646	3644	3616	3660	3744
7.	Жамбылская	3668	2900	3231	3504	3673	3757
8.	ЗКО	2092	2194	1984	2019	2083	2167

9.	Карагандинская	3892	3733	3783	3796	3885	3969
10.	Костанайская	1725	1765	1836	1914	1896	1981
11.	Кызылординская	2278	2255	2380	2328	2560	2644
12.	Мангыстауская	1389	1128	2118	2447	2486	2571
13.	Павлодарская	1994	1962	2000	2160	2190	2274
14.	СКО	1918	1926	1951	1891	1856	1940
15.	ЮКО	9438	9630	9877	10040	10533	10617
16.	г. Алматы	2093	2419	2706	2974	3125	3209
17.	г. Астаны	948	1151	1362	1781	2096	2181

Согласно таблицы 1, наибольшее количество детей-инвалидов отмечается в ЮКО, в Алматинской и Карагандинской областях. Наименьшее число – в Акмолинской области.

Так, в ЮКО – 10617 детей-инвалидов (2012г.-10533), что составляет 20,3% от общей численности детей-инвалидов;

- в Алматинской – 5442 (2012г.- 5358), что составляет 10,4%;

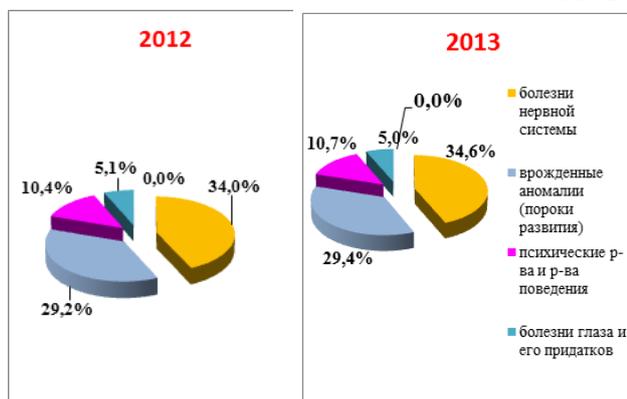
- в Карагандинской -3969 (2012г.- 3885), что составляет 7,6% ;

- в Жамбылской - 3757 (2012г.- 3673), что составляет 7,2% от общей численности детей-инвалидов по Республике.

Наименьшее их количество в Акмолинской области – 1416 (2,3%).

Структура детской инвалидности отражена на рисунке №2.

Структура детской инвалидности за 2012-2011гг.(%)
Рис.2



Согласно рисунка 2, ведущими заболеваниями, формирующими инвалидность с детства, являются заболевания нервной системы – 34,6%, врожденные anomalies - – 29,4%, психические расстройства и расстройства поведения – 10,7% и болезни глаза и его придатков –5,0%.

Согласно таблице 2, увеличение отмечилось практически во всех регионах, за исключением Костанайской области.

В разрезе областей в абсолютных значениях стабильно наибольшее количество детей-инвалидов в: - ЮКО –2442 (2012г.- 2436), что составляет 20,1% от общего количества детей с ДЦП в РК;

-Алматинской –1425 (2012г.- 1317), что составляет 11,7%;

- Жамбылской –1015 (2012г. - 912), что составляет 8,3%;

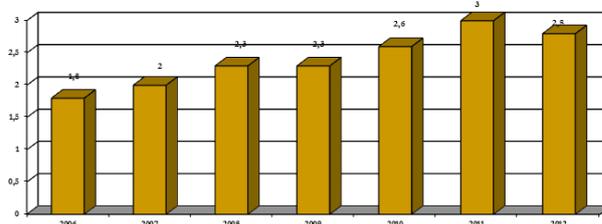
- Карагандинской -726 (2012г.- 720), что составляет 6,0%.

Количество детей с ДЦП в разрезе регионов за 2012-2013гг.

Таблица 2

№	Регионы	2012	2013
1	Республика Казахстан	11282	12169
2	Акмолинская область	305	416
3	Актюбинская область	418	453
4	Алматинская область	1317	1425
5	Атырауская область	501	392
6	В-Казахстанская область	706	756
7	Жамбылская область	912	1015
8	З-Казахстанская область	411	541
9	Карагандинская область	720	726
10	Костанайская область	420	418
11	Кызылординская область	460	595
12	Мангистауская область	497	403
13	Павлодарская область	452	575
14	С-Казахстанская область	275	347
15	Ю-Казахстанская область	2436	2442
16	г. Астана	636	891
17	г. Алматы	816	774

Заболеваемость детей с ДЦП на 1000 детей от 0-5 лет
Рис.3



Как видно на рисунке 3, заболеваемость детей с ДЦП на 1000 детей от 0-5 лет составило в 2012г. 2,8 (3,0 в 2011г.).

На показатели детской инвалидности значительное влияние оказывают своевременное и качественное проведение углубленных профосмотров детского населения, своевременное взятие детей с выявленной патологией на диспансерный учет и проведение реабилитационных мероприятий.

Реабилитационная помощь детям проводилась в специализированных отделениях по профилю оказываемой помощи, в отделениях (койках)

восстановительного лечения и медицинской реабилитации многопрофильных стационаров и амбулаторно-поликлинических организаций, реабилитационных центрах областного, городского, республиканского уровней в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, а также в частных реабилитационных центрах (далее – РЦ) и санаториях.

Кроме того, реабилитационная помощь в республике оказывалась организациями, имеющими другую ведомственную принадлежность, что представлено на рисунке 4.

Количество организаций, оказывающих реабилитацию детям (реабилитационные центры, санатории, НПО)

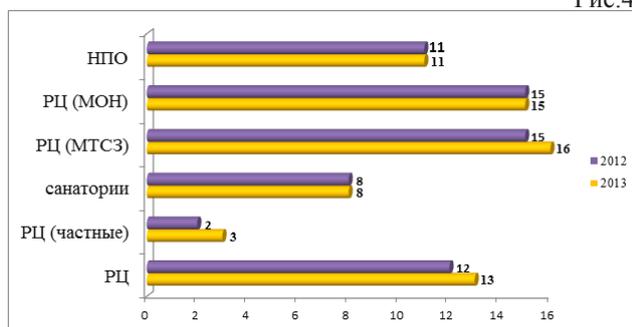


Рис.4

Анализ рисунка 6 показал, что по состоянию на 01.01.2014г. в республике функционируют 13 (2012-12) РЦ в системе здравоохранения, из них 3 республиканского значения; 3 (2) частных РЦ, 8 санаторно-курортных организаций, из них 1-республиканского уровня; 15 РЦ системы образования и 16 – МТСЗ.

В 2013г. открыт частный «Реабилитационный медицинский центр «Клиника Дару в г. Актобе, а также Кызылординский филиал АО «Республиканский детский реабилитационный центр» на 50 коек.

В республике функционируют 13 (12 в 2012г.) детских реабилитационных центров, из них 3 центра республиканского уровня (РГКП «Республиканский центр реабилитации для детей и подростков МЗ РК», РГКП «РДРЦ «Балбұлак», АО «Республиканский детский реабилитационный центр»). Увеличение количества РЦ за счет открытия в декабре филиала АО «РДРЦ» в г.Кызылорде на 50 коек.

Из общего количества реабилитационных центров, 8 являются специализированными и предназначены для лечения детей с неврологической патологией, 2 центра для реабилитации детей с неврологической, ортопедической патологиями и состоянием, после кардиохирургических вмешательств, 2 - общесоматического профиля, 1 - для заболевания органов дыхания.

В 2013 году в рамках программы государственно-частного партнерства введен в эксплуатацию Реабилитационный медицинский центр «Клиника Дару» в г. Актобе на 48 коек для детей с неврологической патологией.

Из частных центров, ТОО «Токтамыс» оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь пациентам с неврологической и ортопедической патологиями, ТОО «РЦ «Акбөбек» - стационарную помощь на 88 круглосуточных койках пациентам общесоматического и неврологического профилей.

Для проведения санаторного этапа реабилитации в системе МЗ РК имеется 8 санаторно-курортных

организаций: РГКП «Республиканский детский клинический санаторий «Алатау», КГКП «Детский санаторий «Бөбек», ГУ «Областной санаторий для детей с заболеваниями бронхо-легочной системы «Бурабай», КГКП «Соматический санаторий «Карлыгаш», КГКП «Детский санаторий «Березка», ГУ «Детский санаторий №2» от 3-7 лет, ГУ «Детский санаторий №3 «Алау» от 3-7 лет, ГККП «Детский городской санаторий №4». Клинический санаторий «Алатау» является организацией республиканского значения, где проводится реабилитация детей общесоматического профиля, а также пациентов с неврологической и ортопедической патологиями. 3 санаторно-курортных организации оздоравливают пациентов с заболеваниями органов дыхания, другие 3 санатория предназначены для реабилитации пациентов общесоматического профиля, 1 – при патологии нервной системы.

Ранний этап медицинской реабилитации детям в республике проводился в 15 областях, г. Алматы, г. Астаны в отделениях (на койках) восстановительного лечения и медицинской реабилитации, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь.

В частности, в 4 специализированных отделениях больниц, оказывалась реабилитация детям с неврологической патологией, а в остальных - реабилитация проводилась детям с общесоматической патологией.

Как показал анализ, в отчетном году коечный фонд реабилитационных центров вырос в абсолютных цифрах с 1527 до 1715 коек в 2013 году.

Обеспеченность реабилитационными койками в РК за 2012-2013 гг. на 10 тыс. детского населения

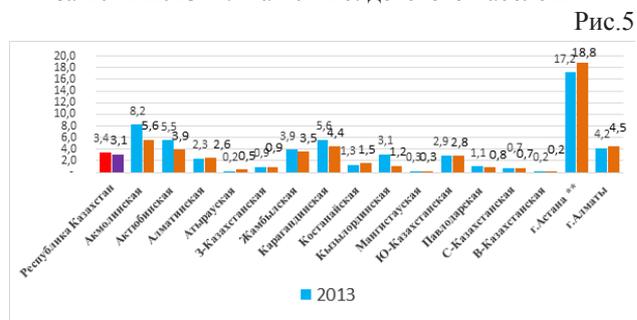


Рис.5

Анализ рисунка 5 показал, что обеспеченность населения реабилитационными койками круглосуточных стационаров и РЦ увеличилась по РК с 3,1 до 3,4 на 10 тыс. населения. В разрезе регионов обеспеченность койками стационарного этапа наибольший показатель по г. Астана- 17,2, Акмолинской обл. – 8,2, наименьший - в Атырауской, ВКО – по 0,2 на 10 тыс. населения.

Справка: Обеспеченность реабилитационными койками в России составляет 3,5 на 10 тыс. населения.

Вместе с тем, необходимо отметить, что более 80% центров и санаторно-курортных организаций размещены в приспособленных зданиях, или занимают частично 1 этажи жилых домов и только 18% - в помещениях типовых застройки.

Реализация права граждан на охрану здоровья зависит также от наличия достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением республики.

В целях дальнейшего укрепления здоровья детей, проведения ранней диагностики заболеваний у детей

и своевременного проведения реабилитационных мероприятий, на уровне ПСМП в штатные нормативы организаций внедрены должности социальных работников со средним образованием, психологов с высшим образованием.

Обеспеченность врачами – реабилитологами на 10 000 населения в мире и РК

Рис.7



Как видно на рисунке 7, обеспеченность врачами - реабилитологами в РК на 10 тыс. населения составляет 0,2, что значительно ниже показателей европейских стран (Великобритания – 0,27, Нидерланды – 1,65, Австрия – 1,85, Франция – 2,97, Германия – 3,58, Латвия- 5,42, Хорватия).

За рубежом существующая специальность «Реабилитолог» включает специалистов с высшим и средним медицинским образованием и немедицинским образованием, имеющих соответствующую профессиональную подготовку.

В Казахстане существующая специальность «Медицинская реабилитология» включает специалистов с высшим медицинским образованием (физиотерапевты, ЛФК, врачи-курортологи), не учитываются специалисты со средним медицинским и иным образованием, участвующие в реабилитации.

Республиканский детский реабилитационный центр г. Астана является ведущей организацией, осуществляющей реабилитационную, научную, образовательную и методическую помощь, проводящую трансферт технологий в здравоохранение Казахстана.

С целью реализации Стандарта организации оказания медицинской реабилитации населению Республики Казахстан и развитию реабилитационной службы необходимо проведение следующих мероприятий:

- проставляющие профильные и реабилитационные койки круглосуточных стационаров использовать для проведения 2 этапа МР;

- койки дневного стационара при стационарах использовать для 2 этапа МР, койки дневного стационара АПО использовать для 3 этапа МР;

- койки СУБ использовать для 3 этапа и поддерживающей МР, койки санаториев - для 2 этапа и поддерживающей МР;

- проводить межведомственные совещания (МЗ РК, МОН РК и МТСЗ) с активным участием НПО по вопросам медико-социальной и педагогической помощи детям с ограниченными возможностями;

- подготовка кадров по медицинской реабилитации;
- разработка и издание методических руководств по определению оценки реабилитационного потенциала в соответствии с международными стандартами;

- доработка клинических протоколов и утверждение в соответствии с объемами реабилитации по трем профилям (кардиология, травматология, неврология) с доведением до медицинских организаций.

Таким образом, детская реабилитационная служба в Республике Казахстан находится в стадии своего

активного роста и развития. С внедрением Стандарта реабилитационная помощь приближается к пациенту, становится доступной и непрерывной.

Список литературы:

1. Здоровье населения РК и деятельности организаций здравоохранения в 2009г (статистический сборник). Астана, 2009г.
2. Здоровье населения РК и деятельности организаций здравоохранения в 2010г (статистический сборник). Астана, 2010г.
3. Здоровье населения РК и деятельности организаций здравоохранения в 2011г (статистический сборник). Астана, 2011г.
4. Булекбаева Ш.А. Современные методы в комплексной реабилитации детского церебрального паралича: руководства для врача. –Астана, 2008. -98 с.
5. Попова Т.В. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов в Республике Казахстан: современные аспекты //Ж-л «Медицина». – Алматы, 2009. - №1. С. 4-6.
6. Абдрахманова А.О., Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф. Д., Дарибаев Ж.Р., Оспанова Ш.Х., Проблемы в работе с детьми инвалидами. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Демографическая ситуация в Республике: проблемы и перспективы» 10-11 июня 2010 г. Караганда, стр.150-151

РЕЗЮМЕ

Развитие детской реабилитационной службы в Республике Казахстан

Ш. А. Булекбаева, Ф.Д. Байсеркина, Ж.Р. Дарибаев, Ш.Х. Оспанова,
Л.Н. Руденко, М.Б. Жакенова
АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

В статье отражен анализ развития детской реабилитационной службы в Республике Казахстан, статистический анализ детской инвалидности, анализ организаций, оказывающих реабилитационную и санаторную помощь, пути развития детской реабилитационной службы в Республике Казахстан.

SUMMARY

Development of children’s rehabilitation service in the Republic of Kazakhstan

Sh. Bulekbayeva, F. Baiserkina, Zh. Daribayev, Sh. Ospanova,
L. Rudenko, M. Zhakenova
«Republican children’s rehabilitation center» JSC

In the article is reflected the analysis of development of children’s rehabilitation service in the Republic of Kazakhstan, the statistical analysis of children’s disability, the analysis of the organizations giving rehabilitation and sanatorium help, ways of development of children’s rehabilitation service in the Republic of Kazakhstan.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЛОТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Байдарбекова А.К., Дарибаев Ж.Р.,
Оспанова Ш.Х., Ризванова А.Р., Тайтубаева Г.К.**

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана.

Ключевые слова: ДЦП, нарушение глотания, реабилитация.

Актуальность. Особенностью детского церебрального паралича (ДЦП) является нарушение моторного развития ребенка, а также комплекс других сопутствующих нарушений, среди которых значимое место отводится нарушению акта глотания. Все это обусловлено, прежде всего, неврологической симптоматикой - аномальным распределением мышечного тонуса, нарушением координации движений, снижением высших психических функций, являющихся следствием диффузного поражения ЦНС [2]. Актуальность нарушений глотания у детей с ДЦП несомненна: исследуя группу детей с ДЦП, мы выявили, что частота встречаемости данных нарушений среди детей с патологией нервной системы составляет от 28 до 36%. У 80 % таких детей патология глотания и «хроническое недоедание» приводит к церебральной гипотрофии 2 и 3 степени, что значительно утяжеляет тяжесть их состояния, приводит к нарушениям работы иммунной системы, сопутствующим соматическим патологиям, таким как: анемии, гипотиреоз, частые обструктивные бронхиты, застойные пневмонии и др. Роль глотания и питания детей с ДЦП огромна, что доказывают клинические исследования в развитых странах. По данным Soylu O., Uran N., Dizdager G. и соавт. в результате клинического исследования на кафедре педиатрии и детской хирургии НИИ, Измир, адекватное питание и питательная нагрузка для детей с ДЦП существенно улучшает показатели здоровья этих детей: улучшается работа ЖКТ, значительно уменьшается число инфекций [3].

Жевание - это основная функция зубочелюстной системы. Это начальная фаза процесса поглощения пищи, которая состоит в измельчении, перемешивании пищи со слюной и формировании пищевого комка. Совокупность процессов направленных на измельчение пищи в полости рта является основной функцией жевания. Процесс жевания состоит из двух фаз: откусывание пищи и разжевывание пищи. Механическая обработка пищи проводится зубами, которые совершают цикл движений одновременно с нижней челюстью. В движениях нижней челюсти различаются основные и вспомогательные движения. Основные движения связаны с разламыванием пищи, вспомогательные захватывают и перемещают пищу в полости рта во время осуществления жевания. Откусывание пищи происходит передними зубами, раздробление происходит при помощи премоляров и клыков. Далее пища подвергается растиранию с помощью активных движений в стороны нижней челюсти. В этот период происходит активное выделение слюны, которая способствует образованию пищевого кома. Функция жевания может происходить

на одной или на обеих сторонах. Передача пищи совершается при помощи губ, языка и щек. При осуществлении функции жевания довольно важная роль отводится так же слизистой оболочке полости рта, мягкому небу и слюнным железам. Этот сложный комплекс секреторной и двигательной деятельности жевательного аппарата способствует не только измельчению пищи, но и подготовку ее к проглатыванию. Жевательные движения нижней челюсти отличаются определенным ритмом и постоянством, в зависимости от рода пищи. Глотание это - сложный моторный процесс, который требует координации многих мышц в области головы и шеи, а также мышц дыхательной системы. Во время глотания мышцы гортани и шеи совершают сотни движений в течение дня, когда вы едите, пьете и проглатываете постоянно образующуюся слюну. Во время этих процессов происходит расслабление круговой мышцы верхнего отдела пищевода - сфинктера, благодаря чему перемещается содержимое полости рта через горло в пищеварительную систему.

В среднем человек глотает 600 раз в сутки (200 раз во время еды, 50 раз во время сна, 350 раз в остальное время), преимущественно бессознательно.

Глотание у маленьких детей обычно происходит двумя способами: когда малыш сжимает сосок или бутылочку с соской деснами, молоко вытекает и течет по языку; когда оно достигает спинки языка и верхней части глотки, то быстро и автоматически сглатывается. У маленьких детей наблюдается врожденная способность к координации дыхания и принятия пищи. Это происходит через ритмичный цикл «всасывание - глотание - дыхание». В процессе такого глотания язык остается по средней линии и не двигается. Как только ребенок получает прикорм, он начинает жевать и продвигать пищу языком. Именно в этот период у ребенка формируется второй, более сложный вид глотания: язык принимает участие в формировании пищевого комка, который продвигается вглубь рта, после чего проглатывается. Вот здесь и появляются сложности, так как произвольные жевательные движения и процесс подготовки пищи к глотанию при церебральном параличе крайне затруднены (гипертонус, гипотонус). Поэтому второй способ глотания ребенок может и не приобрести, продолжая проглатывать пищу примитивным младенческим способом по типу: «сосание - сглатывание». Но проблема, связанная с глотанием не всегда связана с трудностью продвижения пищевого комка во рту. Нормальное глотание развивается постепенно, от простейших рефлексов к более сложным навыкам, поддающимся сознательному контролю. Согласно концепции Ф.Мажанди, акт глотания разделяется на 3 фазы — ротовую произвольную,

глоточную произвольную быструю и пищеводную произвольную медленную. Нормальный процесс глотания можно разделить на несколько фаз. Большинство этих фаз носят рефлективный характер, происходят без сознательного обдумывания и более того, не поддаются сознательному контролю. Нормальный цикл глотания начинается с движения языка назад и его прижатия к небу, что препятствует преждевременному попаданию пищи в глотку. В ходе следующей фазы, с которой начинается рефлективная фаза глотания, в действие вступает глотательный рефлекс. Небо приподнимается с тем, чтобы отгородить носоглотку, а язык проталкивает пищу в глотку. В ходе следующей фазы надгортанник закрывает вход в дыхательные пути. Для дополнительной защиты закрываются голосовые связки. Затем мышцы глотки ритмично сокращаются, тем самым обеспечивая дальнейшее продвижение пищи в глотку, в то время, как дыхательные пути защищены надгортанником и закрытыми голосовыми связками. В окончательной фазе нормального глотания пища проходит в пищевод, через который она попадает в желудок.

Диагностика дисфагий. Реабилитация детей с патологией глотания начинается с составления плана обследования ребенка, который включает: сбор жалоб и анамнестических данных с обязательным уточнением информации о консистенции пищи, приводящей к дисфагии, условий её возникновения. Клинический осмотр пациента состоит из клинического осмотра врача и оценки глотания по разработанному стандартизированному скрининговому шкалам, позволяющим определить способ безопасного кормления и избежать вышеуказанных осложнений.

Диагностированные у пациентов дисфагии можно разделить на две группы: острые и хронические дисфагии. Характерными симптомами острой дисфагии являются: трудности в проглатывании жидкости; удушье и кашель при приеме пищи и жидкости, проглатывании слюны; носовая регургитация; необходимость повторных глотков, чтобы освободить глотку; слюнотечение или частое сплёвывание слюны; ощущение «прилипания» пищи в горле и/или глотке; ослабление (или отсутствие) произвольного или произвольного кашля; «влажный» или «булькающий» голос. При хронической дисфагии помимо вышеперечисленных симптомов отмечаются: рецидивирующие бронхолегочные инфекции; потеря веса, изменение трофического статуса. Диагностика состояния мышечного аппарата глотки и пищевода включает исследование мышечного аппарата и визуализация акта глотания. После окончания обследования врач-нейрореабилитолог должен сделать заключение о безопасности и эффективности глотания. Понятие «безопасное глотание» означает, что во время еды никакие инородные вещества не проникают в нижние дыхательные пути, а понятие «эффективное глотание» подразумевает, что после глотка во рту, глотке или пищеводе не задерживается никаких остатков пищи.

Реабилитация нарушений глотания. После обследования пациенту назначается специальная диета. В списке продуктов, рекомендуемых пациенту с нарушением глотания состоят: корнеплоды овощей

(нарезанная кубиками или размятая репа, брюква, пастернак, морковь, картофель), овощи (цветная капуста, брокколи, авокадо; картофель: сваренный, испеченный, размятый - с маслом); мясо (фарш, очень тщательно нарубленное мясо (отбивная) с подливкой), рыба (испеченная или приготовленная на гриле с соусом - предпочтительна рыба однородной структуры, такая, как камбала, сардины, в т.ч. в томатном соусе), яйца (омлет, яичница), фрукты (бананы, печеные яблоки, яблочное пюре, зрелые яблоки, зрелые груши), десерты (мороженое, мягкий шербет, муссы, желе, рисовый пудинг, йогурт, крем, соевый пудинг), молочные продукты (мягкие сыры), каши (овсяная - более твердые каши необходимо разваривать с молоком). Составляя меню для пациента с дисфагией необходимо учитывать консистенцию пищи (жидкости), для определения которой используют «тест вилки». Различают следующие консистенции жидкостей: консистенция мусса (жидкость держится на вилке); консистенция йогурта (жидкость стекает с вилки крупными каплями); консистенция сиропа (жидкость окутывает вилку, но быстро стекает с нее); консистенция воды (жидкость сразу стекает с вилки).

Основными целями лечения и реабилитации нейрогенной дисфагии являются нормализация или улучшение функции глотания; профилактика аспирации; восстановление трофического статуса.

Методами лечения служат: заместительная терапия, мероприятия коррекции акта глотания и физические методы терапии. Заместительная терапия включает в себя установку назогастрального зонда или гастростомы при плохом прогнозе (энтеральное или зондовое питание), а также парентеральное питание с применением комплексных углеводно-белково-липидных смесей по типу «3 в 1». Мероприятия коррекции глотания состоят из использования методики кормления и медикаментозной коррекции. Специальная методика кормления при приеме пищи включает в себя выбор системы питания и консистенции пищи (пюре, кисель, йогурт и др.) для каждого пациента в зависимости от характера дисфагии; использование правильного положения при кормлении ребенка, кормление маленькими глотками; контроль за проглатыванием и санацию ротовой полости после кормления от остатков пищи и слюны. Медикаментозная коррекция глотания направлена на максимальное облегчение страданий пациента путем выбора наиболее оптимальной формы лекарственного средства с учётом рациональности способа его введения на данном этапе заболевания (растворы для инъекций (внутривенных, внутримышечных и подкожных); растворы для энтерального введения через зонд (цитиколин, димефосфон, слабительные препараты и др.); ректальные свечи; трансдермальные пластыри). Физические методы терапии направлены на восстановление аксиального (симметричного, осевого) контроля, облегчающее активное сокращение мускулатуры рта (стомы), челюсти, языка, мягкого неба, гортани и горла. Основными методами физической терапии нарушений глотания являются компенсаторный и тренировочный методы, стимуляция восприятия ротовой чувствительности; физиотерапия. Компенсаторные методы предназначены

для трансформации глотки в направлении пищевого потока, что приводит к профилактике аспирации или задержки болюса. Проводится медперсоналом или родственниками, не требует приложения усилий пациентом и не меняет физиологию глотки. В настоящее время в качестве компенсаторного метода лечения используют позиционные (постуральные) методики – изменение положения головы или тела больного: выбор методики зависит от причины поперхивания (нарушение формирования пищевого комка, ограничение движений корня языка, односторонний паралич голосовых связок и др.). Кроме того, немаловажную роль играет индивидуализация объёма и скорости подачи пищи - уменьшение объёма и сокращение темпа приёма пищи устраняет риск аспирации при ослабленном запуске глотательного рефлекса или слабости фарингеальных глотков (профилактика накопления остатков пищи в глотке). Также следует помнить об оптимизации способа приёма жидкости и пищи, такой как: расположение пищи глубоко в ротовой полости при плохом формировании болюса; «сосание» через соломинку при слабости мягкого нёба; применение поильников, т.к. при приёме жидкостей из стакана (чашки) голова больного запрокидывается и открываются дыхательные пути. В лечении дисфагий применяют также стимулирующий метод- использование предварительного сенсорного стимула у больного перед попыткой глотания или в комплексе немедикаментозных лечебных мероприятий. Данный метод предполагает использование следующих методик:

- тактильная, температурная стимуляция - раздражение рецепторов кожных покровов лица в оромандибулярной области, зонах иннервации тройничного нерва.

- тактильная, температурная, вкусовая стимуляция - раздражение рецепторов слизистой поверхности ротовой области, языка - проводится у больных с задержкой формирования пищевого комка (в том числе при оральной апраксии) или с отсроченной инициацией глотательного рефлекса.

- сосание через трубочку - улучшает сенсомоторную интеграцию, так как втягивание в рот жидкости вертикальными движениями языка и нижней челюсти при сжатых губах облегчает инициацию глотательного рефлекса.

Кинезотерапия - методы восстановления утраченных или ограниченных вследствие заболевания двигательных функций через иницирование двигательных реакций. При нейрогенной дисфагии применяются специальные упражнения для мимической мускулатуры, мышц оромандибулярной, жевательной групп и шейно-воротниковой области.

Использование физиолечения в реабилитации патологии акта глотания у детей с ДЦП.

Вывод. Таким образом, на базе АО «РДЦ» в составе комплексной реабилитации дисфагий успешно применяют электронейростимуляцию мышц шеи, участвующий в акте глотания. Данный метод прост в применение, безболезнен и хорошо переносится пациентами.

Литература:

1. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: «Комплексная методика реабилитации детей с нарушениями акта глотания и речи при детском церебральном параличе», Тохтиева Н.В., г. Москва, 2009г.
2. «Влияние питательной поддержки у детей со спастической квадриплегией». Soylyu O.B., Uran N., Dizdager G. и соавт., журнал «Pediatric Neurology», Турция, г.Измир, 2008ноября, 39(5):330-4.
3. «Орофарингеальная дисфагия и навыки крупной моторики у детей с церебральным параличом». Benfer K.A., Bell K.L., Ware R.S., журнал «Pediatrics» 2013 May; 131(5):e1553-62. Herston Queensland, Australia.

РЕЗЮМЕ КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЛОТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Байдарбекова А.К., Дарибаев Ж.Р., Оспанова Ш.Х., Ризванова А.Р., Тайтубаева Г.К.

Использование комплексного подхода в реабилитационном лечении дисфагий у детей с ДЦП доказывает свою эффективность: по предварительной оценке в ходе исследования данной проблемы – используемая в условиях Центра комплексная реабилитация эффективна в различной степени в 100% случаев. Данные цифры доказывают необходимость дальнейшего применения данного метода и проведения клинических исследований в этой сфере.

ТҮЙІНДЕМЕ БАЛАЛАРДАҒЫ ЦЕРЕБРАЛДЫ ПАРАЛИЧТЕ ЖҰТЫНУ БҰЗЫЛЫСЫНЫҢ КЕШЕНДІ ОҢАЛУЫ.

Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Байдарбекова А.К., Дарибаев Ж.Р., Оспанова Ш.Х., Ризванова А.Р., Тайтубаева Г.К.

Балалардағы церебралды параличпен өтетін жұтыну бұзылысының кешенді оңалуының тиімділігі: алдын ала қолданылған зерттеулерде 100% уақиғалардың әртүрлі дәрежесінің тиімділігі сарапшылыққа ара жүріс айтылмыш мәселенің зерттеу дәлелдейді - ара шарттар орталықтың пайдалану кешенді актау. Айтылмыш цифрларды айтылмыш әдістің және клиникалық зерттеу жасау одан әрі қолданысының зары осы шеңберде дәлелдейді.

SUMMARY COMPLEX REHABILITATION OF SWALLOWING DISORDERS IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY.

Bulekbayeva Sh.A., Baiserkina F.D., Baydarbekova A.K., Daribayev Zh.R.,
Ospanova Sh.Kh., Rizvanova A.R., Taitubayeva G.K.

Using an integrated approach in the rehabilitation of dysphagia in children with cerebral palsy proves effective: according to preliminary estimates in the study of the problem - is used in a Center for comprehensive rehabilitation is effective in varying degrees in 100% of cases. These figures prove the need for further use of the method and conduct of clinical trials in this area.

ПЕРСПЕКТИВА УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ДОСТУПНОСТИ К КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ В РЕГИОНАХ.

**Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Куатбаева Б.М., Байзакова Ф.М.
Филиал АО РДРЦ в Кызылординской области.**

Одной из актуальных задач системы здравоохранения является медицинская и социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями. В течение последних лет отмечается четкая тенденция роста детской инвалидности в нашей стране, и необходимо больше уделять внимание этиологии и диагностики инвалидизирующих заболеваний, проблемам детей-инвалидов. Примерно пятую часть всей детской инвалидности формируют болезни нервной системы, в структуре которых более 50% приходится на детский церебральный паралич (ДЦП) – одну из наиболее актуальных проблем детской неврологии.

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в среднем 10% всего населения земного шара составляют инвалиды, из которых 150 миллионов дети. По данным Национального генетического Регистра Республики Казахстан ежегодно в Казахстане рождается от 2000 до 3500 детей с врожденной и наследственной патологией, что составляет 20,0-24,3 на 1000 новорожденных. По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) частота перинатальных поражений центральной нервной системы (ППЦНС) составляет 7,5-22,4% в структуре заболеваемости детей этой возрастной категории.

Это положение определяется как социальное явление, имеющее тенденцию к росту, поскольку к 2015 году ожидается увеличение ППЦНС на 11%. В структуре детской инвалидности лидирующее положение (от 30% до 70%) занимает детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, приводящее к ранней инвалидизации.

В Казахстане, по данным статистики, на учете состоит более 44 тысяч детей-инвалидов, из них свыше 10 тысяч детей с диагнозом детский церебральный паралич. Данные по частоте ДЦП колеблются в широком диапазоне, в среднем составляет 2,0-5,9 на 1000 родившихся и во многом определяется уровнем развития общества. При этом одни авторы отмечают тенденцию к снижению данной патологии за счет улучшения акушерской помощи, лечебных мероприятий и профилактики осложнений, а другие считают, что на протяжении ряда лет частота ДЦП остается стабильной, что, вероятно, связано с поражением нервной системы преимущественно в пренатальном периоде.

ДЦП является одним из самых тяжелых заболеваний у детей и требует постоянных реабилитационных методов коррекции движения, психолого-педагогической и социальной помощи. Постоянные реабилитационные мероприятия является колоссальным бременем для семьи больного ребенка и государства в целом.

Программа лечения детей с этой патологией в Республике Казахстан требует особого подхода в связи с разбросанностью населенных пунктов,

их удаленностью от профильных медицинских учреждений, малодоступностью нейрореабилитации в малых городах и сельских районах.

Возникла необходимость, в целях дальнейшего совершенствования организации медицинской реабилитации и восстановительного лечения детей с церебральным параличом, последствиями спинномозговой травмы и поражениями периферической нервной системы, снижения инвалидизации и максимально возможной социализации больных данной категории, создания филиала, АО РДРЦ в Кызылординской области, во исполнение меморандума сотрудничества между АО «Национальный медицинский холдинг и ГУ Управление здравоохранения Кызылординской области».

В АО РДРЦ накоплен огромный теоретический и практический опыт работы с данной патологией, имеются высококвалифицированные специалисты с большим стажем работы в данном направлении, налажены связи с медицинскими учреждениями по всем областям.

Основная сфера деятельности филиала - оказание комплексной специализированной реабилитационной помощи детям и подросткам в возрасте от 1 года до 18 лет с инвалидизирующей патологией нервной, эндокринной, опорно-двигательной систем, включающей медицинскую, психолого-педагогическую помощь, социальную адаптацию ребенка к полноценной жизни в обществе.

Филиал состоит из 2 блоков: 24 палат, для детей с органической патологией нервной системы и психики. Специализированная медицинская реабилитация осуществляется по нозологии: неврология. На первых порах работали высококвалифицированные специалисты, прошедшие стажировку в реабилитационных центрах Великобритании, Израиля, России для обучения местных специалистов.

В филиале предусмотрены сенсорная комната, мягкие игровые, зал ЛФК, оснащенный позиционерами, ходунками, вертикализаторами.

Внедрен метод БОС (современный высокоэффективный немедикаментозный метод реабилитации, дающий возможность использовать огромные внутренние резервы человеческого организма).

Внедрены инновационные методы лечения препаратом «Диспорт», который является высокоэффективным, безопасным лекарственным препаратом для лечения спастических и дистонических форм ДЦП. Применяются лечебные костюмы АТЛАНТ, методы биомеханической динамической проприоцептивной коррекции, предназначенные для коррекций нарушенной походки при ДЦП, травмах головного мозга и инсультах.

Инновационный активно-пассивный тренажер

МОТОмед, на основе новейших компьютерных технологий, оснащенный электромотором предназначен исключительно для активно-пассивной механотерапии верхних и нижних конечностей.

Имеется спектр физиотерапевтических услуг, включающих в себя следующие виды физиопроцедур: магнитотерапия, УВЧ-терапия, ультразвук, электросон, электрофорез, ингаляции.

Психологопедагогическая реабилитация проводится целым штатом педагогов, психологов, логопедов, дефектологов, Монтессори-педагогов, воспитателей, трудотерапевтов, игротерапевтов, музыкотерапевтов.

Применяются также здоровьесберегающие технологии, такие как Монтессори-педагогика – метод саморазвития личности в специально подготовленной среде, включающей зоны развития мелкой и крупной моторики, сенсорного развития, развития речи, космического воспитания, математических представлений. Этот метод формирует личность ребенка, сознательное послушание, тренирует волю, чувство ответственности, трудолюбие, стремление к самосовершенствованию, развивает интуицию и социальную адаптированность.

За 10 заездов 2014 года прошли реабилитацию 502 ребенка, в том числе из ЮКО 39 детей, сельских 201. Из них впервые прошли реабилитацию 494 ребенка.

Только 8 детей проходили реабилитацию в АО РДРЦ, Балбулаке, Основная патология - 231 детей с разными формами ДЦП.

Открытие филиала позволило

- Выравнивание условий доступности реабилитационной помощи в особенности детям с ДЦП для детей Кызылординской и ЮКО

- Повышение эффективности лечения через внедрение новейших реабилитационных технологий и общепринятых методик в комплексной реабилитации, включающих психологические, педагогические, социальные услуги с длительностью лечения 24 дня.

- Обеспечение этапности и преемственности процесса реабилитации.

- Снижение показателя заболеваемости, инвалидизации населения.

- Улучшение качества жизни инвалидов.

- Трудоустройство самого пациента при оптимальном раскрытии физического, психического и социального потенциала в результате своевременной, эффективной и непрерывной реабилитации.

РЕЗЮМЕ

ПЕРСПЕКТИВА УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ДОСТУПНОСТИ К КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ В РЕГИОНАХ.

Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Куатбаева Б.М., Байзакова Ф.М.

Создания филиала, АО РДРЦ в Кызылординской области позволила доступности реабилитационной помощи, в особенности детям с ДЦП Кызылординской и ЮКО преемственность и непрерывность, повышение эффективности лечения через внедрение новейших реабилитационных технологий и общепринятых методик в комплексной реабилитации, включающих психологические, педагогические, социальные услуги с длительностью лечения 24 дня.

ТҮЙІНДЕМЕ

Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Куатбаева Б.М., Байзакова Ф.М.

АҚ РБОО Қызылорда Филиалын ашылуы оңалту көмегінің қолжетімділігі, соның ішінде Қызылорда және Оңтүстік Қазақстан облысының балалар церебралды салдануымен науқастанатын балалар үшін; сабақтастығы және толассыздығы; жаңа үлгідегі оңалту технологияларын енгізу және жалпыға белгілі 24 тәуліктік психологиялық, педагогикалық, әлеуметтік қызмет көрсету әдістерін қолдану арқылы кешенді оңалту ем-шара тиімділігін арттыру мүмкіндігін берді.

SUMMARY

Establishment of a branch office of JSC “РДРЦ” in Kyzylorda region pursuant to a memorandum of cooperation between the JSC «National Medical Holding» and State Department of Health Care in Kyzylorda region enabled:

the accessibility of rehabilitation services in particular, for children with cerebral palsy in Kyzylorda and South Kazakhstan regions for succession and continuity;

the growth of efficiency of treatment through the introduction of new rehabilitation technologies and conventional techniques in comprehensive rehabilitation, including psychological, educational, social services, within the duration of therapy of 24 days. The branch organization experience is valuable to open branch offices in other regions.

ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ СТЕЛЕК ПРИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

Булекбаева Ш.А., Сейсембеков Т.А., Мухаметжанов Б.Ж., Бердиев Т.С., Шарипов Е.Б., Макишева Н.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана.

Ключевые слова: подометрия, ортезы, ортопедические стельки.

Подометрия – это метод исследования стоп для объективной оценки состояния продольных сводов. Подометрия производится врачом-ортопедом или специалистом - ортезистом посредством специального прибора «подометра» (рис.1) или более простым способом при помощи штангенциркуля, линейки, которыми производят замеры самой стопы. В результате замеров и расчетов выводится «подометрический индекс» по Фридланду, характеризующий состояние продольного свода.



Подометрическая диагностика (правая)
Рис 1.

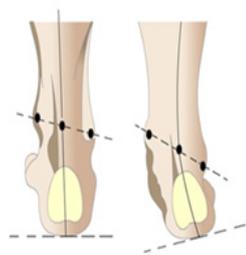


Схема нормальной (левая) плоско-вальгусной стопы
Рис 2.

Плоско-вальгусная стопа – это определенное снижение высоты обоих сводов стопы и отклонение пятки от вертикальной оси (рис.2). При этом пятка и пальцы «смотрят» наружу, а вот средний отдел стопы «завален» внутрь. Такой вид плоскостопия очень распространен, если верить последним подсчетам, то 50 процентов всех деформаций стоп, приходится именно на плоско-вальгусную деформацию. Чаще всего это заболевание встречается у детей младшего школьного или дошкольного возраста.

Плоскостопие – это довольно парадоксальное заболевание. С одной стороны, о нем слышал каждый человек, но с другой – лишь немногие люди точно представляют, как оно себя проявляет, какие степени плоскостопия существуют и чем опасна эта болезнь. Мы попытаемся ответить на эти и многие другие вопросы в нашей статье. Как известно, в нормальном, естественном состоянии стопа человека имеет два свода – продольный (по внутреннему краю) и поперечный (между пальцами в районе их оснований). Эти своды выполняют очень важную функцию – поддерживают равновесие при ходьбе и предохраняют кости скелета от чрезмерных нагрузок. При отсутствии патологии стопы успешно справляются с этой задачей, действуя совместно с крепкими связками и мышцами. Плоскостопие у детей и взрослых проявляется в том



Плоская стопа
Рис.3

случае, когда мышечно-связочный аппарат ослабевает. При этом стопа оседает, становится плоской (именно поэтому болезнь получила свое название, рис.3), теряет возможность выполнять рессорную (амортизирующую) функцию. В зависимости от того, какой свод подвергается патологическим изменениям, выделяют:

- поперечное плоскостопие – распластанность переднего отдела стопы;
- продольное плоскостопие – уплощение продольного свода;
- комбинированную форму – изменениям подвергаются оба свода.

При помощи ортопедических стелек (ортезов), которые придают стопе ее исходную правильную анатомо-функциональную форму, все нарушения устраняются. Ортопедические стельки являются изделием, значимость которых для человеческого здоровья трудно переоценить. Назначают их с целью профилактики и лечения плоскостопия различных видов. Также эти изделия незаменимы для женщин, которые часто носят обувь на высоком каблуке, и людей, проводящих значительное количество времени на ногах. Ортопедические стельки подходят всем, кто страдает различными заболеваниями стоп и опорно-двигательного аппарата. Лечебный эффект таких ортопедических стелек для детей и взрослых достигается за счёт их определенного рельефа. Благодаря ношению стелек улучшается кровообращение, а чувство усталости в ногах уменьшается за счёт равномерного распределения нагрузки. Все вышеперечисленные факторы делают процесс ношения любой обуви максимально комфортным. Рекомендуется использовать изделия в сочетании с лечебной физкультурой.

Ортопедические стельки — это универсальные изделия, которые подходят людям всех возрастов, имеющим различные формы плоскостопия. В некоторых случаях они помогут избавиться от

боли в ногах, спине и пояснице, исправить осанку и преобразить походку.

С 2008 года Лаборатория моделирования и ортезирования РДРЦ является ведущим предприятием в производстве ортезно-ортопедических изделий в Казахстане. В нашей лаборатории моделирования и ортезирования, благодаря современному компьютеризированному оборудованию (PAROMED) от германского производителя, резиденты имеют уникальную возможность заказать индивидуальные ортопедические стельки и получить продукцию в течении 15 минут. Мы изготавливаем ортопедические стельки по двум технологиям: 1) вручную, где снимается слепок со стопы и на гипсовом позитиве при помощи вакуумной установки и формы из этилвинилацетата вытачиваются стельки; 2) на компьютеризированном комплексе немецкой фирмы «Paromed».

На сканере сканируют стопу (рис.4), задают необходимые параметры (рис.5) и автоматизированный комплекс изготавливает стельку (рис.6).



Рис.4

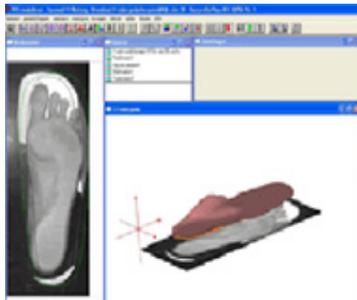


Рис.5



Рис.6

Таким образом, при помощи ортопедических стелек (ортезов), которые придают стопе ее исходную правильную анатомо-функциональную форму, все нарушения устраняются. Благодаря ношению стелек улучшается кровообращение, а чувство усталости в ногах уменьшается, за счет равномерного распределения нагрузок.

Литература:

1. Экспресс ортезирование Петров Н.С., Малый В.Я., Баиндурашвили А.Г., Санкт-Петербург, 2008г.
2. Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А. Подометрическая диагностика патологий стопы./ Вопросы реабилитологии, №1, 2014г.
3. Мицкевич В.А., Арсеньев А.О. Подиатрия., Москва, БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006г.
4. <http://www.km.ru/zdorove/2013/05/07/zdorove/710287-ortopedicheskie-stelki-zachem-oni-nuzhny>
5. <http://www.neboleem.net/ploskostopie.php>

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ СТЕЛЕК ПРИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

Булекбаева Ш.А., Сейсембеков Т.А., Мухаметжанов Б.Ж., Бердиев Т.С., Шарипов Е.Б., Макишева Н.

Статья посвящена методам диагностики наиболее распространенных патологий стопы. Освещены способы лечения при помощи ортопедических стелек, а также способы их изготовления по слепку и на компьютеризированном комплексе Paromed.

ТҮЙІНДЕМЕ

ТІРЕК-ҚОЗҒАЛЫС ОРТОПЕДИЯЛЫҚ ҚОЛДАНЫЛУЫ.

АУРУЛАРЫНДА ҰЛТАРАҚТАРДЫҢ

Булекбаева Ш.А., Сейсембеков Т.А., Мухаметжанов Б.Ж., Бердиев Т.С., Шарипов Е.Б., Макишева Н.

Мақала көп таралған табан патологиясының диагностика әдістеріне арналған. Ортопедиялық ұлтарактың көмегімен емдеу тәсілдері, сонымен қатар, оны ұлтарак және Paromed компьютерленген кешен бойынша дайындау тәсілдері сипатталған.

SUMMARY

USE IN ORTHOPEDIC INSOLES MUSCULOSKELETAL DISEASES

Bulekbayeva Sh.A., Seysembekov T.A., Mukhametzhano B.J.,

Berdyev T.S., Sharipov E.B., Makisheva N.

The article is devoted to the methods of diagnosis of the most common pathologies of the foot. Highlight ways of treatment with orthopedic insoles, as well as methods for their preparation from a cast and on a computerized complex Paromed.

МЕЖДУНАРОДНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ.

**Булекбаева Ш.А., Оспанова Ш.Х., Садыбаева Г.К., Мусагалиева К.К.,
Касымова А.З.**

АО «Республиканский детский реабилитационный центр» г. Астана.

Ключевые слова: оценка качества медицинской помощи, аккредитация.

В современном мире одним из основных критериев оценки качества медицинских учреждений является аккредитация Joint Commission International (JCI) – Международной комиссии по аккредитации медицинских учреждений. Всего в мире насчитывается около 400 организаций, аккредитованных JCI. В сфере здравоохранения одной из самых известных систем аккредитации является Joint Commission International.

Аккредитация JCI – «золотой стандарт» для медицинских организаций; международное признание качества медицинского обслуживания и безопасности пациентов и медперсонала; показатель развития реабилитационного сектора страны; доступ к международным ресурсам, позволяющим постоянно улучшать качество, уменьшать риски и повышать степень больничной безопасности пациентов и медработников;

Аккредитация является процессом оценки организаций здравоохранения на соответствие заранее определенным и опубликованным общепринятым нормам, осуществляемым в целях разработки надежной и качественной модели оказания медицинской помощи.

Преимущества для пациентов – безопасность оказания медицинской помощи путем ликвидации медицинских ошибок; участие пациентов в принятии решений, осуществляемое на основе полной информированности о тактике и методах лечения; соблюдение конфиденциальности информации о пациенте; исключение возможности нарушения прав пациентов; совершенствование системы обратной связи с пациентом.

Медицинская организация при получении аккредитации JCI получает доступ к международным ресурсам, приобщение к которым является источником непрерывного улучшения качества и безопасности медицинской помощи, со сведением к минимуму рисков оказания медицинской помощи пациентам

Стандарты по долгосрочной медицинской помощи, регулируют деятельность медицинской организации в 12 областях: международные цели по безопасности пациентов; осмотр, прием и госпитализация пациентов; права пациента и семьи; непрерывное оказание медицинской помощи; менеджмент лекарственных препаратов; образование пациента и семьи; качество и безопасность пациентов; инфекционный контроль; управление и руководство; менеджмент зданий и безопасность; квалификация и образование персонала; коммуникационный и информационный менеджменты.

Для прохождения международной аккредитации JCI в детском реабилитационном центре проведены следующие мероприятия:

1. Адаптация стандартов: Проведена адаптация стандартов Joint Commission International. В 2011 году оригинал стандартов переведен на русский язык. На основании данных стандартов разработаны правила и процедуры, применимые к деятельности центра.

2. Обучение персонала: с 2011 по 2014 гг. было обучено 5 специалистов на практикуме Joint Commission International в Дубаи (ОАЭ), Майями (США).

С 2011-2014 гг. обучены специалисты центра в рамках международного семинара в г. Астана

3. Привлечение международного опыта: Подписан меморандум о сотрудничестве между Национальным медицинским холдингом и Joint Commission International.

Состоялся ознакомительный визит Исполнительного директора Joint Commission International

Привлечена австрийская компания Vamed в 2012 году, затем компания AQI из США в 2013 году, которые взяли обязательства по подготовке и получению Центром международной аккредитации JCI.

4. Разработка правил и процедур: Разработано более 300 стандартов и алгоритмов по JCI.

5. Внедрены разработанные правила и процедуры.

6. Непрерывно проводился тренинг персонала

7. Проведилось индивидуальные и систематические тренинги

8. Проведение финальной аккредитации.

Центр аккредитован 24 мая 2014 года и получил статус первого аккредитованного реабилитационного Центра в мире.

Стратегическая цель Холдинга – Обеспечение качества медицинских услуг путем внедрения международных стандартов и получения международной аккредитации JCI выполнено.

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ АККРЕДИТАЦИИ JCI ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ.

Булекбаева Ш.А., Оспанова Ш.Х., Садыбаева Г.К., Мусагалиева К.К., Касымова А.З.

Внедрение стандартов международной аккредитации JCI является действенным механизмом повышающим эффективность менеджмента качества и безопасность пациентов. Использование новых внедренных форм по реабилитационной карте и мониторинг корректности его заполнения, наряду с другими мероприятиями позволяет создать условия для эффективного качественного оказания медицинских услуг в реабилитационном центре.

ТҮЙІНДЕМЕ

ХАЛЫҚАРАЛЫҚ JCI АККРЕДИТТЕУІНІҢ САПА МЕНЕДЖМЕНТІ ЖӘНЕ ПАЦИЕНТТЕР ҚАУІПСІЗДІГІНІҢ ТИІМДІЛІГІН АРТТЫРУҒА БЫҚПАЛ ЕТУІ

Булкбаева Ш.А., Оспанова Ш.Х., Садыбаева Г.К., Мусағалиева К.К., Касымова А.З.

Халықаралық JCI аккредиттеуінің стандарттарын енгізу сапа менеджменті және пациенттер қауіпсіздігінің тиімділігін арттыратын ұтымды механизмі болып табылады. Оңалту картасы бойынша жаңа енгізілген нысанды пайдалану және оны толтырудың дұрыстығының мониторингі, басқа шаралармен қатар оңалту орталықтарында медициналық қызметті сапалы, тиімді көрсету үшін жағдай жасауға мүмкіндік береді.

SUMMARY

IMPACT OF THE INTERNATIONAL ACCREDITATION JCI TO IMPROVE QUALITY MANAGEMENT and patient safety.

Bulekbayeva Sh.A., Ospanova Sh.Kh., Sadybaeva G.K., Musagalieva K.K., Kasymova A.Z.

Implementation of standards JCI international accreditation is an effective mechanism which increases the effectiveness of the quality management and patient safety. Using new embedded forms on the map rehabilitation and monitoring the correctness of its filling, along with other activities to create a quality environment for effective delivery of health services in a rehabilitation center.

БІРТҮТАС БЕЙІМДЕЛУ ҮДЕРІСІ СИЯҚТЫ КЕШЕНДІ ОҢАЛТУ.

Булкбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Джумаева Л.Ш., Садыкова Р.С. Республикалық балаларды оңалту орталығы, Астана қаласы.

Түйінді сөздер: реабилитация, оңалту, оңалту орталығы.

Тіршілік әрекетінің қазіргі заманғы жағдайы кез келген адамның физиологиялық қызметі мен психикалық қасиетінің жағдайына жоғары талаптар қояды, әсіресе психоэмоциялы кернеулілік, қалжырау, нервтік-психикалық әлсіреуі бар мүгедек балаларда айтарлықтай бейімделу мүмкіншілігі төмендетеді және әртүрлі ілеспелі аурулардың қалыптасуына әсер етеді [1,2].

Медициналық-әлеуметтік-педагогикалық оңалту – адамның физикалық, психикалық және жеке құрылымы деңгейінде оның бұзылған бейімделу қызметін қалпына келтіруге бағытталған бұл кешенді емдеу-профилактикалық, әлеуметтік-психологиялық және әлеуметтік-педагогикалық іс-шаралар жүйесі. Медициналық-әлеуметтік-педагогикалық оңалтудың мақсаты адамның дене және рухани күйін қалпына келтіруге арналған тиісті жағдайды қамтамасыз ету, ол қоғамның толыққанды мүшесі ретінде толығымен бейімделуге және қалыптасуға әсер ететін өзінің психологиялық-әлеуметтік мүмкіншіліктерін іске асыруға мүмкіндік береді.

Қазіргі заманғы жағдайлар адамның бейімделу мүмкіншілігіне жоғары талап қояды, бірақ адам ағзасының бейімделу мүмкіншілігі шексіз емес [3,4].

Бұл туралы нервтік жүйесінің патологиясы бар балаларға оңалту жүргізу кезінде есте сақтаған жөн.

Республикалық балаларды оңалту орталығының қызметінің маңызды мақсатты көрсеткіші мүгедектерді әлеуметтік қорғау дәрежесін арттыруға, олардың әлеуметті мүмкіншіліктерін іске асыруға арналған қажетті жағдайлар жасауға, тіршілік әрекетінің шектелу айқындылығын төмендетуге бағытталған оңалту іс-шараларын әзірлеу және енгізу болып табылады.

Орталықта нервтік жүйесінің патологиясы бар

балалармен кешенді медициналық және әлеуметтік-педагогикалық оңалту жүргізу кезінде пациенттің диагнозы, жас ерекшелігі, психикалық күйі есепке алыну арқылы бірнеше мақсатты тапсырмалар бөлінеді.

Осы тапсырмалардың негізгілері:

- негізгі аурудың нәтижесінде төмендеген ағзаның резервті мүмкіншілігінің артуы;

- мүмкіншілік бойынша баланың функционалдық күйін қалпына келтіру және психологиялық бейімделмеудің қолайсыз факторларын жою;

- жеке көңіл бөлу негізінде оңалтудың тиімді бағдарламасын әзірлеу мақсатында жеке бастың психологиялық ерекшелігін зерделеу және диагностика жүргізу;

- денсаулығында донозологиялық бұзушылықтар бар тұлғамен немесе әртүрлі аурулар қауіпінің факторы бар тұлғамен профилактикалық және емдеу-сауықтыру іс-шараларын өткізу.

Оларға қол жеткізу үшін емдеу-қалпына келтіру құралдарының кешені пайдаланылады, олардың ішінде оңалту әсеріне ие болатыны: дене шынықтыру, табиғи факторлар (табиғимен қатар қайта қалыптастырылған), массаждың түрлері, тренажерлардағы сабақтар, сонымен қатар әлеуметтік-педагогикалық оңалтудың әдістері мен құралдары: ортопедиялық құрылғылар, еңбек терапиясы, агротерапия, сенсорлы интеграция, психотерапия, терапиялық ойын, Монтессори терапия және басқалар. Осы тізімдердің ішінен оңалтуда маңызды рөлге физикалық әлеуметтік-педагогикалық әсер ету әдістері жататыны байқалады.

Оңалту жүргізу кезінде баланың диагнозы, оның айқындылық дәрежесі, оңалту әлеуеті және баланың психологиялық-әлеуметтік-педагогикалық ерекшелігі есепке алыну арқылы жеке бағдарлама әзірленеді. Оңалту бағдарламасын әзірлеу кезінде оңалтудың

медициналық, әлеуметтік және педагогикалық әдістерін пайдалану арқылы, яғни қалпына келтіру үдерісінің тиімділігі мен максималды қарқынын қамтамасыз ететін оңалтудың тиімді әдістері мен құралдарын ұйымдастыру, қабылдау және енгізу арқылы кешенді амал қолданылады.

Оңалту жүргізу кезінде, әсіресе балаларға оңалту үдерісіне олардың саналы түрде және белсенді маңызды, бұл баланың қажетті психоэмоциялық ахуалын және психологиялық күйін қалыптастырады және қабылданған оңалту іс-шараларының тиімділігін арттырады.

Көлемі, қарқындылығы, жанттығу саны, оларды қайталау саны, оңалту үдерісі аралығындағы бір сабаққа кіретін жаттығулардың күрделілігі сияқты барлық көрсеткіштер бойынша физикалық жүктеменің артуы кезінде біртіндеушілік ұстанымы аса маңызды.

Жүйелілікті сақтау аса маңызды болып табылады. Оңалтудың әртүрлі әдістері мен құралдарын жүйелі түрде пайдалану арқылы ғана біз әрбір науқас үшін науқас ағзасының функционалдық күйін арттыруға мүмкіндік беретін жеткілікті, тиімді әсер етуді қамтамасыз ете аламыз.

Осылайша, нервтік жүйесінің патологиясы бар балаларды кешенді оңалтудың бірыңғай жүйесін құру, жалпы ұйымдастыру ұстанымдарын сақтау және тапсырманы шешудің айтарлықтай тиімді әдістерін іздеу ағзаның функционалдық мүмкіншілігінің қалпына келуіне, денсаулық деңгейі мен өмір сапасын арттыруға, сонымен қатар әртүрлі қызмет түрлерінде мүгедектердің қажеттілігін толық қамтамасыз етуге әсер етеді.

Әдебиеттер:

1. «Детская неврология». Клинические рекомендации/Специальное издательство медицинских книг/Гузев В.И., Артемьева С.Б., Батышева Т.Т. и др. ; Под. ред. В.И. Гузевой., 2014.
2. «Неврология». Национальное руководство./ ГЭОТАР-Медиа/под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт., 2014.
3. Булекбаева Ш.А. Новые подходы в комплексной реабилитационной терапии детей, страдающих детским церебральным параличом./ Педиатрия. 2002. - № 2. - С. 95-98.
4. Бабина Л.М. Курортный этап реабилитации больных, оперированных по поводу детского церебрального паралича/Бабина Л.М., Кривобоков В.Н.//Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. — 2002. — № 5. -С. 26-28.

ТҮЙІНДЕМЕ

БІРТҮТАС БЕЙІМДЕЛУ ҮДЕРІСІ СИЯҚТЫ КЕШЕНДІ ОҢАЛТУ.

Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Джумаева Л.Ш., Садыкова Р.С.

Нервтік жүйесінің патологиясы бар балаларды кешенді оңалтудың бірыңғай жүйесін құру, жалпы ұйымдастыру ұстанымдарын сақтау және тапсырманы шешудің айтарлықтай тиімді әдістерін іздеу ағзаның функционалдық мүмкіншілігінің қалпына келуіне, денсаулық деңгейі мен өмір сапасын арттыруға толық қамтамасыз етуге әсер етеді.

РЕЗЮМЕ

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ПРОЦЕСС ЦЕЛОСТНОЙ АДАПТАЦИИ ЧЕЛОВЕКА.

Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Джумаева Л.Ш., Садыкова Р.С.

Создание единой системы комплексной реабилитации детей с патологией нервной системы, совершенствование организационных принципов положительно влияют на восстановление функциональных возможностей организма, улучшение уровня здоровья и качества жизни пациента.

SUMMARY

COMPLEX REHABILITATION AS PROCESS OF ADAPTATION

Bulekbayeva Sh.A., Baiserkina F.D., Jumayeva L.Sh., Sadykova R.S.

Creating an unified system of complex rehabilitation of children with nervous system disorders, improving the organizational principles of a positive effects on the recovery at the body functionality, improvement the health and life quality.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА ИННОВАЦИОННЫМ ТРАКЦИОННЫМ АППАРАТОМ ACCU SPINA.

**Валуйский П.Ф., Баймуханов Р.М., Шустер Л.М., Еськова Н.В.
ТОО Медицинская фирма «Гиппократ» г. Караганда Казахстан**

Ключевые слова: грыжа диска, реабилитация, АККУ-СПИНА

Актуальность. Остеохондроз позвоночника и его клинические проявления представляют собой серьёзную медико-социальную проблему. Согласно данным международных исследований, путём случайных выборок при обследовании взрослых спортсменов 19-43% из них испытывали боль в спине в течение последнего месяца, 27-65% - в течение последнего года и 59-84% страдали от боли в спине хотя бы раз в жизни. В большинстве случаев боли в спине носят неспецифический характер, локализируются в пояснично-крестцовой области, при адекватной терапии регрессируют в течение месяца у 80-90% больных [1,3]. Однако у части больных боли сохраняются в течение длительного времени, нередко приводя к инвалидизации. Спинальные радикулярные синдромы обусловлены патологией диска (остеохондроз, протрузия, пролапс или грыжа). Источником болей в спине может быть болевая импульсация, связанная как с самим позвоночником (связки, мышцы, надкостница отростков, фиброзное кольцо, суставы, корешки), так и с другими структурами (мышцы, висцеральные органы, суставы). Вся специфическая болевая (ноцицептивная) импульсация поступает через задние корешки в нейроны задних рогов спинного мозга, отсюда она по ноцицептивным путям достигает центральной нервной системы. Одновременно болевые импульсы активируют альфа, гамма-мотонейроны передних рогов спинного мозга. Сенсомоторный рефлекс работает как в автономном режиме, так и под контролем ЦНС. Активация передних мотонейронов приводит к спазму мышц, иннервируемых данным сегментом спинного мозга. При мышечном спазме происходит стимуляция ноцицепторов самой мышцы. В спазмированных мышцах развивается локальная ишемия, что вызывает вазомоторные и нейродистрофические изменения в тканях и ещё больше усиливает активацию ноцицепторов мышечного волокна. Таким образом, спазмированная мышца становится источником дополнительной импульсации, которая поступает в клетки задних рогов того же сегмента спинного мозга. Усиленный поток болевой импульсации соответственно увеличивает активность передних рогов спинного мозга, что ведёт к большому спазму мышц. Замыкается «порочный круг»: боль-спазм мышц-боль [1,2,3].

Для купирования данного «порочного круга» широко используется тракционная терапия. Однако при тракционной терапии возможна нежелательная активация мышечных триггерных зон с последующим усилением напряжения паравертебральных мышц и болевого синдрома. Сегодня остаётся актуальной разработка сочетанного вытяжения позвоночника мето-

дом воздействия (фармакологического, физиотерапевтического), исключающего активацию триггерных зон и обеспечивающего равномерное воздействие тракционной терапии на все позвоночно-двигательные сегменты ПДС (в том числе и гипермобильные) [2,3,4].

Учитывая данные факты патогенетически обоснованным следует признать локальное внутримышечное паравертебральное введение препарата мидокалм на уровне поражённого ПДС, иммобилизация которого привела к дисфиксационным осложнениям в других сегментах, в сочетании с тракционной терапией. Мидокалм («Гедеон Рихтер», Венгрия), являясь миорелаксантом центрального действия, ослабляет патологический спазм мышц. Помимо того, он оказывает местное анестезирующее действие, сходное с таковым лидокаина, тормозит проведение моно и полисинаптических болевых рефлексов прерывая «порочный круг»: боль-спазм мышц-боль [1,2,3,4].

Целью исследования явилось изучение эффективности лечения спортсменов с синдромом первичной дисфиксации позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), при поясничных дорсопатиях, методом сочетанного локального введения мидокалма и тракционной терапии аппаратом ACCU SPINA (USA), применяемых в лечебном комплексе с физиотерапией.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в реабилитационном центре медицинской фирмы ТОО «Гиппократ».

В исследовании были включены 315 пациентов с умеренными и выраженными болевыми синдромами в возрасте от 30 до 56 лет, с дискогенными радикулопатиями, рефлекторными болевыми синдромами позвоночника, туннельными синдромами верхних и нижних конечностей. Все пациенты прошли клиническую диагностику – рентгенографические, КТ, МРТ – исследования и денситометрию.

Продолжительность курса лечения составила от 10 до 22 суток.

Интенсивность болевого синдрома оценивалось по 4-х бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). При мышечно-тонических синдромах определяли индекс мышечного синдрома (ИМС), который рассчитывали по формуле:

$ИМС = ВСБ + Т + Б + ПБ + СИ$, где:

- Выраженность спонтанных болей (ВСБ):
1 балл – в покое болей нет, появляются при нагрузке;
2 балла – боли незначительные в покое, усиливаются при движении;
3 балла – боли в покое, нарушается сон, вынужденная поза.

•Тонус мышц (Т):

- 1 балл – палец легко погружается в мышцу;
2 балла – для погружения нужно определённое усилие;

3 балла – мышца каменной плотности.

•Болезненность мышц (Б):

1 балл – при пальпации больной говорит о наличии боли;

2 балла – ответ на пальпацию мимической реакцией;

3 балла – ответ общей двигательной реакцией

•Продолжительность болезненности (ПБ):

1 балл – болезненность прекращается сразу;

2 балла – продолжается до 1 минуты;

3 балла – продолжается более 1 минуты

•Степень иррадиации болей при пальпации (СИ): более 12 баллов.

1 балл – болезненность локализуется на месте пальпации;

2 балла – боль распространяется рядом расположенные ткани;

3 балла – боль распространяется на отдалённые области.

Степень тяжести мышечного синдрома определяется как 1 степень (или лёгкая) при ИМС до 5 баллов, 2 степень тяжести (или средняя) при ИМС от 5 до 12 баллов и 3 степень тяжести (или тяжёлая) при ИМС более 12 баллов.

Больных разделили на две сопоставимые по полу, возрасту и другим показателям группы.

Основная группа состояла из 200 человек, которым локально паравертебрально (на уровне поражённого ПДС) внутримышечно вводили миокалм (1 мл -100 мг) и через час проводили тракционную терапию. Осуществляли «сухое» горизонтальное постоянное вытяжение поясничного отдела позвоночника на тракционном столе, с каждой процедурой наращивая нагрузку от 15 до 40% массы тела, с постепенным увеличением и уменьшением груза на протяжении процедуры в течение 10 – 20 мин, при длительности постоянной тракции (с максимальной нагрузкой во время процедуры) 30 мин. Процедуры до 10 проводили ежедневно, остальные 12 процедур через день согласно протоколу лечения на аппарате ACCU SPINA.

Эффективное тракционное усилие рассчитывали по формуле: $F=P1-0,55P \times K$, где F – прилагаемое усилие, P1- масса груза, P – масса тела, 0,55 - % массы нижней части туловища, K – коэффициент скольжения, равный 0,5.

Вторая группа – сравнения включала 115 человек, которым локально паравертебрально внутримышечно вводили плацебо (0,9% раствор хлорида натрия) с последующей тракционной терапией по той же методике, что в основной группе. Все больные в течение 2 часов после тракции соблюдали постельный режим. При достижении основного критерия эффективности лечения больной продолжал получать процедуры плацебо до окончания курса.

Для статистической обработки данных использовали стандартный пакет программ. Клиническую эффективность лечения оценивали путём сопоставления числа благоприятных исходов в основной группе и группе сравнения.

Результаты и обсуждение. После лечения выраженность болевого синдрома в основной группе снизилась с $5,1 \pm 1,6$ до $1,3 \pm 1,0$ ранга ($p < 0,001$), в группе сравнения – с $5,3 \pm 1,3$ до $3,4 \pm 1,2$ ($p < 0,001$). Благоприятный исход – уменьшение болевого синдрома на 50% отмечен

в основной группе у 134 (68,4%) больных. В группе сравнения число больных с критериальным уровнем уменьшения боли было достоверно ($p < 0,04$) меньшим – 112 (54%).

Что касается сроков достижения критерия клинической эффективности лечения болевого синдрома, то в основной группе первые благоприятные исходы были зарегистрированы после третьей процедуры у 68 больных, в дальнейшем они фиксировались ежедневно у 28 больных и окончательно были реализованы после восьмой процедуры. В группе сравнения главный клинический критерий эффективности повышения абсолютной пользы характеризовался величиной 31,4% и был достигнут у 56 больных после десятой и одиннадцатой процедуры, а в дальнейшем регистрировался ежедневно у 18 – 19 больных до окончания наблюдения. Высокая эффективность лечения больных основной группы обусловлена тем, что миокалм, в сочетании с тракционным инновационным лечением на аппарате ACCU SPINA (USA), эффективно снижая патологически повышенный мышечный тонус и ригидность мышц, оказывает миорелаксирующее действие как при рефлекторном мышечном напряжении тонических вертебральных мышц, так и при рефлекторной контрактуре фазических мышц [1,3]. На фоне адекватного мышечного расслабления и протективного действия на вытяжение позвоночника, реализуемых миокалмом, тракционная терапия одномоментно и направленно воздействует на все звенья патогенеза (функциональные блокады суставов, напряжённые мышцы, укороченные связки, фасции, межпозвонковые диски с созданием внутридискового отрицательного давления по закону Гука), нейрососудистые образования двигательных сегментов позвоночника) и обеспечивает условия для перекодировки у больного двигательного стереотипа [1,3,4]. Адекватное разрушение «внутриневральной комбинации», входящей в комплекс условий какого-либо сложного патологического процесса, за период временного «блока» путей «болезненного рефлекса» (в данном случае сочетанное действие миокалма и тракционной терапии), исключает возобновление болезненного процесса [2,4]. После однократной процедуры с учётом благоприятной в данных условиях кратковременности действия миокалма адаптивные статодинамические реакции в позвоночнике завершаются в течение 24 ч, что приводит к оптимизации двигательного стереотипа. Прежде всего корректируется его статическая компонента и болевой синдромокомплекс нивелируется.

Выводы: Выявлена высокая миорелаксирующая и анальгетическая эффективность миокалма у больных с болевым синдромом дискогенного, мышечного и другого генеза, что позволяет не только сократить длительность стационарного лечения, но и начать раннюю реабилитацию этих пациентов.

•Сочетанное применение при вертебростатическом синдроме у больных с биомеханическими саногенетическими реакциями локально миокалма и тракционной терапии инновационного аппарата ACCU SPINA в 2 раза эффективнее использования только тракционного обычного воздействия, что позволяет широко использовать его в неврологической практике.

•Указанный метод лечения рекомендуется для при-

менения у спортсменов с остеохондрозом позвоночника, что позволит уменьшить сроки реабилитации.

Литература:

1. Карпеев А.А., Ситель А.Б., Скоромец А.А. и др. Мануальная терапия. Диагностика и коррекция патобιοмеханических изменений, возникающих при спондилогенных заболеваниях: медицинская технология. М 2005.
2. Ходарев С.В., Гавришев С.В., Молчановский В.В., Агасаров Л.Г. Принципы и методы лечения больных с вертеброневрологической патологией: Учебное пособие. Ростов-на-Дону: Феникс 2001.
3. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига 1991.

РЕЗЮМЕ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА ИННОВАЦИОННЫМ ТРАКЦИОННЫМ АППАРАТОМ ACCU SPINA.

Валуцкий П.Ф., Баймуханов Р.М., Шустер Л.М., Еськова Н.В.

Применение современных инновационных технологий в реабилитации больных опорно-двигательной системы позволяет значительно улучшить качество лечения и ремиссии.

ТҮЙІНДЕМЕ

ACCU SPINA ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТРАКЦИЯ АППАРАТЫ ҚОЛДАНЫСЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ ОМЫРТҚАНЫҢ ОСТЕОХОНДРОЗЫ АУРУ СИНДРОМЫНЫҢ ҚҰРАМА ЕМ ТИІМДІЛІГІНІҢ АНАЛИЗІ.

Валуцкий П.Ф., Баймуханов Р.М., Шустер Л.М., Еськова Н.В.

Қазіргі инновациялық технологиясының қолдану маңыздылығы тірек-қозғалыс жүйесінің ауру синдромы оңалу ремиссиясы мен емінің жақсару сапасы болып табылады.

SUMMARY

EXPERIENCE OF EFFICIENCY ANALYSIS OF COMBINED PAIN TREATMENT OF OSTEOCHONDROSIS INNOVATIVE MACHINE TRACTION ASSU SPINA.

Valuysky P.F., Baimukhanov R.M., Schuster L.M., Eskova N.V.

Application of modern innovative technologies in the rehabilitation of patients with musculoskeletal system can significantly improve the quality of treatment and remission.

ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА МАЛОМИНЕРАЛИЗОВАННОЙ СОДЕРЖАЩЕЙ ГУМИНОВЫЕ КИСЛОТЫ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ

Вериго Н.С.

Институт физиологии НАН Беларуси, г. Минск.

Ключевые слова: минеральная вода; гуминовые кислоты; экспериментальный гепатит; гепатопротективное действие.

Актуальность. В связи с нахождением на территории Республики Беларусь месторождений минеральных вод с повышенным содержанием гуминовых кислот перед физиотерапевтами и курортологами встала задача экспериментального исследования закономерностей и механизмов действия данных вод на организм с последующей разработкой рекомендаций по их практическому использованию в санаторно-курортном лечении. Особенно актуальным является изучение применения питьевых минеральных вод данного типа при заболеваниях гепатобилиарной системы.

Результаты проведенных исследований с нативной хлоридно-гидрокарбонатной натриевой, слабуминерализованной (М 1,9 г/дм³) с повышенным содержанием гуминовых кислот (278,2 мг/дм³) минеральной воды при экспериментальном парацетамоловом гепатите показали неблагоприятное

влияние ее курсового питьевого применения на морфофункциональное состояние печени. Поскольку в исследуемой минеральной воде имеется высокое содержание биологически активных органических веществ, а именно гуминовых кислот, то правомочно было предполагать, что специфический характер влияния ее курсового приема на отдельные показатели печени обусловлен данным обстоятельством. В связи с необходимостью решения вопроса о детальном исследовании влияния содержания органических веществ в минеральной воде на ее биологическую активность и определения оптимального состава для использования в санаторно-курортном лечении и оздоровлении были проведены специальные исследования, в которых изучалось влияние исследуемой минеральной воды с концентрацией гуминовых кислот в ней 100, 40 и 20 мг/дм³.

Установлено, что наибольшую терапевтическую эффективность курсового (21 день) воздействия при экспериментальном гепатите оказывает внутренний

прием минеральной воды с содержанием гуминовых кислот около 20 мг/дм³. Терапевтический эффект выражался: в повышении основного обмена у экспериментальных животных; достоверном улучшении антитоксической функции печени; нормализации активности печеночных ферментов (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, ЛДГ), свидетельствующей о снижении воспалительных изменений; усилении белоксинтетической функции (повышение содержания общего белка и альбумина). Указанным благоприятным сдвигом сопутствовала также положительная динамика со стороны морфологических изменений органа. Описанные положительные изменения были наиболее выражены на 21-й день поения животных и в фазе последствия минеральной воды.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о терапевтическом эффекте исследуемой минеральной воды при экспериментальном парацетамоловом гепатите, реализующемся в значительной мере благодаря содержащимся в ней гуминовым кислотам. Данные природные биологически активные соединения могут стимулировать клеточное дыхание, быть индукторами и модуляторами ферментов биотрансформации ксенобиотиков и антиоксидантной защиты, оказывать противовоспалительный эффект и ускорять регенерацию печеночных клеток. Это позволяет рекомендовать данную минеральную воду с установленной оптимальной концентрацией гуминовых кислот для клинической апробации при заболеваниях гепатобилиарной системы.

РЕЗЮМЕ

**ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА
МАЛОМИНЕРАЛИЗОВАННОЙ СОДЕРЖАШЕЙ
ГУМИНОВЫЕ КИСЛОТЫ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ**

Вериго Н.С.

В тезисе приводятся результаты проведенных исследований гепатотропного действия нативной и модифицированной хлоридно-гидрокарбонатной натриевой маломинерализованной минеральной воды с различным содержанием гуминовых кислот при экспериментальном гепатите. Установлено, что наиболее положительное воздействие после курсового 21-дневного воздействия при данной патологии вызывает внутренний прием минеральной воды с содержанием гуминовых кислот около 20 мг/дм³.

ТҮЙІНДЕМЕ

**МАЛОМИНЕРАЛИЗОВАННОЙ СОДЕРЖАШЕЙ
СИПАТЫНЫҢ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫЕ
МИНЕРАЛДЫҚ СУДЫҢ ГУМИН АЦЫЛЫҚТАРЫ**

Вериго Н.С.

Тезисте эксперименталды гепатиттің нативті және модифицирленген хлоридті-гидрокарбонатты натрийдің аз мөлшерде минерализенген минералдық судың гепатотропты әрекетінің өткізгіштігін зерттеу нәтижелері гумин қышқылының түрлі мазмұнымен көрінеді. Минералды суды ішке қабылдау әдісі тағайындалған 21-күндік курстық әсері айтылмыш патологиясында 20 мг/дм³ гумин қышқылының мазмұны оң дәрежелі әсер етеді.

SUMMARU

**HEPATOPROTECTIVE PROPERTIES OF LOW-
MINERALIZED MINERAL WATER CONTAINING
HUMIC ACID**

Veryho N.S.

The thesis contains the results of the research hepatotropic action of native and modified sodium chloride-bicarbonate low-mineralized mineral water with different content of humic acids in experimental hepatitis. It was found that the most beneficial changes after course action (within 21 days) in this pathology were caused by the course application of mineral water with humic acid content about 20 g/dm³.

ЭЛЕКТРОСТИМУЛИРУЮЩАЯ И ЦВЕТОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.

Газдиева Е.М., Саликова Н.М.
Санаторий «Надежда» ОАО «Тольяттиазот» г. Тольятти

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, спирометрия, вариабельность ритма сердца, электростимулирующая терапия переменным низкочастотным током, цветотерапия.

Актуальность. В последние 15-20 лет в мире значительно возросла заболеваемость хронической обструктивной болезнью легких. К 2020-му году, по прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения, ХОБЛ будет занимать пятое место среди причин смерти [8]. В настоящее время особую актуальность приобретает медицинская реабилитация больных ХОБЛ, влияющая на основные патогенетические звенья заболевания и направленная на улучшение качества их жизни [3]. Физические методы лечения дополняют медикаментозную терапию и потенцируют лечебное действие лекарственных средств в рамках реабилитационных программ [5].

Прогрессирование ХОБЛ тесно связано с развитием респираторной мышечной дисфункции [10]. В первую очередь поражается скелетная мускулатура, и при этом больной теряет мышечную массу и силу, а сами миоциты подвергаются выраженным дистрофическим изменениям. В связи с этими процессами основными проблемами у больных ХОБЛ кроме одышки и кашля становятся низкая толерантность к физической нагрузке, связанная не только с дыхательной недостаточностью, но в значительной мере с мышечной слабостью [4].

Известно, что при применении электростимуляции низкочастотным током от аппарата «Лимфавижин» активируется перистальтика гладкой мускулатуры стенок лимфатических и венозных сосудов, нормализуется тонус поперечно-полосатой мускулатуры. Электростимуляция дыхательной мускулатуры улучшает трофику тканей и микроциркуляцию, что, в свою очередь, способствует рассасыванию воспалительных изменений и улучшению бронхиального дренажа [1].

Фотохромотерапия оранжевым и зеленым светом при заболеваниях органов дыхания оказывает отхаркивающее, бронхолитическое, противовоспалительное действие. Кроме того, зелёный цвет обладает седативным действием [2,7]. Учитывая патогенетические механизмы формирования ХОБЛ и особенности лечебного действия низкочастотного тока и цветотерапии, можно предположить, что применение их в комплексном лечении будет способствовать улучшению спирометрических показателей и уменьшению вегетативного дисбаланса.

Материал и методы исследования. Исследование проводили на базе санатория «Надежда» ОАО «Тольяттиазот». Под наблюдением находились 147 пациентов с диагнозом ХОБЛ I – II стадии. Диагноз соответствовал критериям, изложенным в Международной программе «Глобальная стратегия:

диагностика, лечение и профилактика ХОБЛ» (GOLD, 2008). ХОБЛ I стадии определялась у 90 (61,22%) больных, II стадии у 57 (38,77%) больных. Больные ХОБЛ с III - IV стадией ХОБЛ в исследование включены не были, так как для них характерно значительное ограничение воздушного потока (объем форсированного выдоха за первую секунду ОФВ₁ меньше 50%), что приводит к появлению такого симптома, как одышка в покое, т.е. признака декомпенсации заболевания. Возраст исследуемых пациентов составлял от 43 до 71 года (средний возраст – 54±8 лет), из них мужчин – 88 человек (59,9%), женщин – 59 человек (40,1%). Все пациенты были разделены на 3 группы. Пациентов, соответствующих критериям включения, на основе случайного выбора разделили на три группы:

Основная группа 1 (ОГ 1) – больные ХОБЛ, получившие комплекс восстановительного лечения (диета №15 (диета №10 при сопутствующей ИБС И ГБ), фитотерапия, спелеотерапия, ингаляции и лечебная физическая культура в спортивном зале) с дополнительным включением электростимулирующей терапии переменным низкочастотным током с помощью аппарата «Лимфавижин» и цветоимпульсной терапии от аппарата «АЦТ-02» (57 человек).

Основная группа 2 (ОГ 2) – больные ХОБЛ, получившие комплекс восстановительного лечения с дополнительным включением электростимулирующей терапии переменным низкочастотным током с помощью аппарата «Лимфавижин» (45 человек).

Контрольная группа (КГ) – больные ХОБЛ, получившие комплекс восстановительного лечения в санаторных условиях (45 человек).

Цветотерапию проводили от аппарата «АЦТ-2» (рег.номер 29/10061098/192901), через очки-фотостимуляторы. Вначале на зрительный анализатор воздействовали оранжевым светом (585 нм) с частотой импульсов 8 Гц в течение 10 мин, затем применяли зеленый свет (550 нм) с частотой импульсов 8 Гц в течение 10 мин, после чего использовали методику так называемого цветомассажа, предусматривающую последовательное воздействие всех длин волн спектра в течение 10 мин. Через 3 часа после процедуры цветотерапии, применяли электростимуляцию с помощью аппарата «Лимфавижин» (рег.номер ФС № 2006/2329) низкочастотным током (2 Гц). Силу тока подбирали индивидуально до ощущения у пациентов чувства вибрации, при необходимости ее увеличивали до появления видимого мышечного сокращения. Средние значения силы тока составляли около 30 мА.

Процедуры проводили в положении больного лежа. Использовали гибкие резиновые электроды с вязкоэластичными прокладками, смоченными водой, размером 12x9 см. Электроды располагали следующим образом: 2 электрода – на уровне верхних углов лопаток по паравертбральным линиям; 2 электрода – на

уровне нижних углов лопаток по паравертебральным линиям.

Электроды фиксировали специальными эластичными лентами. Продолжительность процедур составляла 20–25 мин, до 10 на курс лечения.

Всем пациентам проводили клинорентгенологическое обследование, оценивали функцию внешнего дыхания, состояние вегетативной нервной системы, показатели variability ритма сердца, а также выполняли психодиагностическое тестирование по оценке респираторных симптомов.

Исследование функции внешнего дыхания проводили на спироанализаторе «Спиротест» с регистрацией кривой «поток-объем». Стадию ХОБЛ определяли согласно классификации GOLD [9]. Бронхиальной обструкции соответствовали показатели объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) менее 80% от должных величин, модифицированного индекса Тиффно менее 70% после проведения пробы с бронхолитиком. Бронхиальную проходимость определяли по показателям ОФВ1, форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), модифицированного индекса Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ), величине показателей максимальных скоростей выдоха (МОС25 – МОС75) на различных уровнях ФЖЕЛ.

Исследование variability ритма сердца (ВРС) осуществляли на аппарате «Рео-Спектр 2/3» с оценкой показателей спектрального анализа [6]. При этом проводилось определение следующих показателей:

– HF (мощность волн высокой частоты в диапазоне от 0,4 до 0,15 Гц) – отражает активность парасимпатического кардиоингибирующего центра продолговатого мозга.

– LF (мощность волн низкой частоты в диапазоне от 0,15 до 0,04 Гц) – отражает активность симпатических центров продолговатого мозга (кардиостимулирующего и вазоконстрикторного).

– VLF (мощность волн очень низкой частоты в диапазоне от 0,04 до 0,0033 Гц) отражает активность центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов регуляции сердечного ритма.

– LF/HF (коэффициент вагосимпатического баланса), диапазон 0,7-1,5.

Определяемые показатели variability ритма позволили трактовать тип вегетативной регуляции как ваготонический, нормотонический и симпатикотонический.

Эхокардиографию проводили на эхокардиографе «HDI 5000 SONOCT» (США) в одно- и двухмерном режиме в положении больного лежа на левом боку по методике Комитета по стандартизации и номенклатуре двухмерной эхокардиографии Американского общества кардиологов (1981). По результатам ЭХОКГ определяли систолическое давление в легочной артерии (СДЛА). Полученные результаты были проанализированы с использованием методов вариационной статистики с учетом числа параметров и их распределения (параметрический тест Стьюдента), на основе компьютерной программы STATISTICA 6,0.

Полученные результаты и обсуждение.

В результате проведенного лечения, число жалоб на продуктивный кашель в ОГ1 у больных с I стадией

снизилась с 58,82% до 35,29%, а со II стадией с 52,17% до 26,09 %. Одышка при умеренной физической нагрузке уменьшилась с 46,1% до 28,8% у больных с I стадией ХОБЛ и с 71,4% до 64,2% у лиц с со II стадией. Статистически значимо снизились жалобы на потливость, общую слабость. В ОГ2 число жалоб на продуктивный кашель у больных с I стадией снизилось с 58,62% до 44,83%, а со II стадией с 62,50% до 43,75%. Одышка при умеренной физической нагрузке уменьшилась с 46,1% до 65,52%. В КГ у больных с I стадией болезни количество жалоб на продуктивный кашель снизилось с 59,26% до 46,15 %, а со II стадией с 55,56 % до 44,44%. Жалобы на одышку при умеренной физической нагрузке уменьшились с 88,89 % до 74,07 % у больных с I стадией ХОБЛ, а у лиц с заболеванием II стадии с 94,95 % до 77,78%. % у больных с I стадией ХОБЛ и с 93,75% до 62,50% у лиц со II стадией.

В ОГ1 у больных, получивших комплексное санаторно-курортное лечение с применением лечебного комплекса, включающего комбинированное применение электростимулирующей и цветоимпульсной терапии, все параметры функции внешнего дыхания статистически значимо улучшились (табл.1).

Объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1), один из самых основных и прогностически значимых показателей спирограммы, вырос у больных с I стадией заболевания с $77,62 \pm 3,82$ % до $93,55 \pm 16,77$ % ($p < 0,01$), у больных ХОБЛ с II стадией с $59, \pm 10,31$ до $65,38 \pm 15,96$ % ($p < 0,01$). У пациентов ОГ1 отмечен значимый прирост скоростных показателей кривой поток – объем форсированного выдоха на уровне дистальных отделов бронхов МОС 75% с $45,18 \pm 16,62$ до $57,79 \pm 22,08$ % ($p < 0,01$). Следует отметить, что прирост скоростных показателей форсированного выдоха на уровне дистальных отделов бронхов МОС 75% сопоставим в ОГ2 и КГ и составил в ОГ2 с $45,31 \pm 11,71$ % до $54,86 \pm 15,65$ % ($p < 0,05$) и в КГ с $45,56 \pm 14,42$ % до $50,37 \pm 18,80$ % ($p < 0,01$) от должных величин.

В ОГ2 И КГ также наблюдалась определенная положительная динамика в виде достоверного улучшения у больных ХОБЛ I ст. ряда функциональных показателей. В ОГ2 достоверно изменились следующие показатели: у больных с I стадией ОФВ1 прирос с $72,94 \pm 7,51$ до $89,47 \pm 16,77$ % ($p < 0,01$), ОФВ1\ФЖЕЛ с $66,38 \pm 5,62$ до $79,00 \pm 12,35$ % ($p < 0,01$), МОС50 с $50,55 \pm 13,23$ % до $65,07 \pm 16,93$ % ($p < 0,01$), МОС 75 с $45,31 \pm 11,71$ % ($p < 0,05$). У больных с II стадией: ОФВ1 увеличился с $58,87 \pm 8,56$ % до $70,30 \pm 16,96$ % ($p < 0,01$), ОФВ1\ФЖЕЛ с $59,44 \pm 9,00$ до $67,44 \pm 9,92$ % ($p < 0,05$), МОС25 с $37,06 \pm 16,57$ до $48,25 \pm 20,77$ % ($p < 0,05$) (табл.2).

Под влиянием комплексного лечения в КГ больных прирост ОФВ1 составил у больных с I стадией с $75,93 \pm 5,14$ до $83,89 \pm 10,72$ % ($p < 0,05$), у больных с II стадией с $61,44 \pm 9,19$ до $63,67 \pm 14,75$ % ($p < 0,05$), ОФВ1\ФЖЕЛ с $66,44 \pm 7,18$ до $79,04 \pm 14,05$ % ($p < 0,05$) у больных с I стадией, с $62,06 \pm 7,90$ до $66,56 \pm 11,89$ % ($p < 0,05$) у больных с II стадией. Показатель МОС75 у больных с I стадией увеличился с $45,56 \pm 14,42$ % до $50,37 \pm 18,80$ % ($p < 0,05$), у больных с II стадией с $28,61 \pm 14,25$ % до $30,89 \pm 14,31$ % ($p < 0,01$) (табл.3)

У всех больных после курса лечения произошло улучшение показателей вариабельности сердечного ритма. Более выраженные положительные изменения показателей отмечены у больных ОГ1 I и II стадий.

По данным спектрального анализа в ОГ1 наблюдалось более выраженное снижение показателей относительных значений мощности волн низкой частоты (LF%) : у больных с I стадией до $28,43 \pm 9,67\%$ ($p < 0,05$), у больных с II стадией до $27,32 \pm 7,87\%$ ($p < 0,01$) и относительных значений мощности волн очень низкой частоты (VLF%) - у больных с I стадией до $28,65 \pm 22,59$ ($p < 0,05$), у больных с II стадией до $31,90 \pm 18,90\%$ ($p < 0,01$), что говорит и снижении активности симпатического влияния ВНС. Вегетативному балансу также способствовало достоверное увеличение показателей относительных значений мощности волн высокой частоты (HF, %). У больных ХОБЛ в ОГ2 и КГ нормализация показателей была менее выражена. В ОГ2 у больных с I стадией показатель LF снизился с $34,72 \pm 10,04\%$ до $31,04 \pm 8,65\%$ ($p < 0,05$), VLF с $38,17 \pm 15,43\%$ до $29,90 \pm 15,86\%$ ($p < 0,01$). У больных с II стадией LF уменьшился с $35,31 \pm 12,40\%$ до $28,62 \pm 9,54\%$ ($p < 0,05$), VLF с $40,41 \pm 19,56\%$ до $35,76 \pm 18,62\%$ ($p < 0,05$). У больных с II стадией заболевания динамика снижения показателя LF составляла с $35,31 \pm 12,40$ до $28,62 \pm 9,54\%$ ($p < 0,05$), показателя VLF с $40,41 \pm 19,56\%$ до $35,76 \pm 18,62\%$ ($p < 0,05$). Достоверный прирост HF наблюдался только у пациентов с II стадией с $30,30 \pm 12,46\%$ до $31,54 \pm 19,16\%$ ($p < 0,05$). В КГ у больных с I стадией показатель LF уменьшился с $34,26 \pm 10,37\%$ до $31,18 \pm 9,38\%$ ($p < 0,01$), VLF % с $44,43 \pm 18,70\%$ до $33,18 \pm 18,90\%$ ($p < 0,01$), прирост HF составил с $26,45 \pm 15,25$ до $29,60 \pm 17,54\%$ ($p < 0,05$). У больных с II стадией LF снизился с $36,23 \pm 11,45\%$ до $30,40 \pm 9,85\%$ ($p < 0,05$), VLF с $40,39 \pm 23,33\%$ до $36,63 \pm 17,68\%$ ($p < 0,05$). Достоверного увеличения показателя HF не наблюдалось. Таким образом, включение комбинированного применения электростимулирующей и цветоимпульсной терапии в комплексное лечение ХОБЛ, приводит к значительному улучшению показателей вариабельности сердечного ритма и нормализации тонуса вегетативной нервной системы после лечения. У больных ХОБЛ к концу лечения произошло перераспределение вегетативного тонуса. В большей степени оно происходило за счет уменьшения симпатического влияния ВНС, то есть смены симпатикотонического на нормотонический. У пациентов с ваготоническим вегетативным тонусом перераспределения не произошло.

При исследовании СДЛА наиболее выраженное снижение отмечалось в ОГ1 у больных ХОБЛ с II стадией с $31,13 \pm 6,84$ мм рт.ст. до $23,61 \pm 6,06$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), в ОГ2 и КГ у больных ХОБЛ с II стадией снижение СДЛА было менее выражено (в ОГ2 с $33,56 \pm 7,16$ мм рт.ст. до $26,81 \pm 5,38$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), в КГ с $31,98 \pm 8,77$ мм рт.ст. до $25,50 \pm 5,14$ мм рт.ст. ($p < 0,05$)) (табл.4)

Таким образом, включение в лечебный комплекс больных при ХОБЛ процедур электростимуляции и цветотерапии позволяет нормализовать вегетативный баланс, снизить клинические проявления заболевания,

уменьшить степень выраженности легочной гипертензии и, таким образом, повысить эффективность лечения больных хронической обструктивной болезнью легких в санаторных условиях.

Литература:

1. Госн Л.Д. Динамика клинического состояния больных хронической обструктивной болезнью легких под влиянием комплексных физиотерапевтических воздействий. / Л.Д. Госн, Н.С. Айрапетова, И.В. Ксенофонтова // Первый международный конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация 2004». – Материалы съезда. – М., – 2004. – С. 92.
2. Зверев В.А. Биорезонансная офтальмоцветотерапия /Зверев В. А., Мамедов Ю.Э., Алимова С.Ф.// Сборник методических рекомендаций. – М.: Карпов Е.В.2006. – С.25-26.
- 3.Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов // Рук. для врачей. – М.: «Медицина». – 2000. – С.325.
- 4.Малявин А.Г., Епифанов В.А., Глазкова И.И. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания / Малявин А.Г.//М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – С.160.
- 5.Разумов А.Н., Бобровницкий И.П. Концепция восстановительной медицины как нового профилактического направления в системе медицинской науки и практического здравоохранения // Руководство «Здоровье здорового человека». – М.,2007. – С.15–24.
6. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Анализ вариабельности сердечного ритма./ Г.В. Рябыкина, А.В. Соболев //Кардиология. – 1996. – С.87 – 97.
7. Физиотерапия и курортология / Под редакцией Боголюбова В.М. // Том I. – М.: БИНОМ. - 2008. – С.310–311.
- 8.Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких /Чучалин А.Г.//М.: «Атмосфера». – 2008. – С.13 – 14,188.
9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI\ WHO workshop report. Last updated 2008.
10. Polkey M.I., Moxham J. Clinical aspects of respiratory muscle dysfunction in the critically ill // Chest. 2001. V.119. № 3.P. 926 – 939.

Аннотация

Целью исследования явилось изучение влияния комбинированного применения электростимулирующей и цветоимпульсной терапии (патент РФ №.044250) на показатели функции внешнего дыхания и вегетативной нервной системы у больных хронической обструктивной болезнью легких. В результате проведенной работы установлено, что разработанный новый комплекс улучшает функцию внешнего дыхания за счет роста форсированной жизненной емкости легких, объема форсированного выдоха за первую секунду, а также прироста показателей максимальных скоростей выдоха на различных уровнях форсированной жизненной емкости легких, улучшает показатели вегетативной регуляции и на фоне базисной терапии дает более выраженный клинический эффект в восстановительном лечении больных хронической обструктивной болезнью легких.

The goal of the research is to study the influence of the combined electro stimulation and color impulse therapy (patent of the Russian Federation №044250) on the indices of the pulmonary function and autonomic nervous system of the patients with Chronic Obstructive Lung Disease. As the result it was determined that the new developed complex promotes the pulmonary function with the help of the forced vital capacity growth, the forced expiration in the first second and the maximum expiration speed index increment on the different levels of the forced vital capacity. It boosts figures of the autonomic regulation and amid background therapy gives the more significant clinical performance during the rehabilitation treatment of the patients with Chronic Obstructive Lung Disease.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ РИТМИЧЕСКОЙ ЦВЕТОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ.

Газдиева Е.М., Стацкая С.Ю.
Санаторий «Надежда» ОАО «Тольяттиазот» г. Тольятти

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, цветотерапия.

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) – самое распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы (ССС) во многих странах мира [5]. Несмотря на то, что медикаментозное лечение ГБ до настоящего времени остаётся базовым, большое признание на этапе восстановительного лечения получают физиотерапевтические факторы [3]. Роль вегетативной дисрегуляции в развитии ГБ длительное время привлекает внимание исследователей [1, 5]. Одним из объективных методов оценки состояния вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы является изучение вариабельности сердечного ритма (ВСР) [2, 4].

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 151 пациент с клинически установленным диагнозом гипертоническая болезнь I стадии с уровнем артериальной гипертензии 1 – 2 степени, которые получали санаторно-курортное лечение на базе санатория «Надежда» ОАО «Тольяттиазот» г. Тольятти. Возраст пациентов, вошедших в группу исследования, колебался от 35 до 55 лет (средний возраст – $48,33 \pm 6,53$ лет). Большинство больных, 132 человека (87,42%), были трудоспособного возраста, женщин – 117 человек (77,5%), мужчин – 34 (22,5%) человека. Пациенты были разделены на две группы, которые были сопоставимы по возрасту, полу, длительности заболевания. В группе сравнения (76 человек) все пациенты получали комплексное курортное лечение, включавшее диету №10, ЛФК, массаж воротниковой области и ароматерапию. В основной группе (75 пациентов) дополнительно к комплексному лечению проводили курс ритмической цветоимпульсной терапии от аппарата «АЦТ-02» (рег. номер 29/10061098/192901), 8 ежедневных сеансов по 30 минут [6]. Все больные основной группы и группы сравнения получали базовую поддерживающую медикаментозную терапию, включающую ингибиторы АПФ, новые препараты перед обследованием и лечением не назначали. Основные клинические параметры в обеих группах были сопоставимы.

До и после курса санаторно-курортного лечения в обеих группах изучались показатели ВСР. Исследования проводились на аппарате «Рео-спектр 2/3» с оценкой показателей временного (RRNN (мс) – математическое ожидание, SDNN (мс) – стандартное отклонение величин нормальных интервалов R-R, rMSSD (мс) – аналог показателя SDNN) и спектрального (TP (мс²) – общая мощность спектра) анализа. Оценивались не только абсолютные, но и относительные показатели (LF (%)) – относительное

значение мощности волн низкой частоты, HF (%) – относительное значение мощности волн высокой частоты, LF/HF – коэффициент вагосимпатического баланса) и кардиоинтевалография (Amo (%) – амплитуда моды, ИВР (у.е.) – индекс вегетативного равновесия, ПАПР (у.е.) – показатель адекватности процессов регуляции, ИН (у.е.) – индекс напряжения регуляторных систем) [2]. После исследования анализа волновой структуры ритма сердца пациенты основной группы и группы сравнения были разделены на три подгруппы в зависимости от состояния вегетативной нервной системы (ВНС). Показатели ВСР позволили трактовать вегетативный тонус как парасимпатический, сбалансированный, симпатикотонический.

Полученные результаты проанализировали с использованием методов вариационной статистики с учетом числа параметров и их распределения на основе компьютерной программы STATISTICA 6.0. Расчеты показали, что практически все количественные переменные имели распределение, отличное от нормального. Для описания параметров применялись медиана и интерквартильный размах в виде 25% и 75% процентилей – Me (25%; 75%). Показатели обрабатывались непараметрическими критериями: оценка сдвига значений исследуемого признака для двух связанных выборок осуществлялась с помощью парного критерия Вилкоксона, выявление различий в уровне исследуемого признака для двух несвязанных выборок – с помощью U-критерия Манна-Уитни. Различия между величинами считали достоверными при значении ($p < 0,05$) [7].

Результаты исследования и их обсуждение. Исходно у пациентов основной группы (n=75) симпатикотонический тип ВНС регистрировался у 46 человек (61,3%), сбалансированный – у 9 (12%), парасимпатический у – 20 (26,7%). У пациентов группы сравнения (n=76) симпатикотонический тип ВНС регистрировался у 47 человек (61,8%), сбалансированный – у 8 (10,6%), парасимпатический у – 21 (27,6%).

У пациентов с симпатикотоническим типом вегетативной регуляции, как в основной группе (n=46), так и в группе сравнения (n=47), исходно было отмечено снижение временных показателей ВСР – RRNN (мс), SDNN (мс), rMSSD (мс), что указывало на снижение вариабельности ритма сердца и преобладание симпатического отдела ВНС. Анализ волновой структуры ритма в обеих группах выявил снижение TP (мс²) и мощности волн HF (%), преобладание мощности волн LF (%), повышение коэффициента LF/HF, что также характерно для симпатикотонии. При исследовании стандартной

кардиоинтервалографии наблюдалось увеличение A_{mo} (%), ИВР (у.е.), ПАПР (у.е.) и ИН (у.е.), что свидетельствовало о смещении вегетативного баланса в сторону активации симпатической нервной системы, высокой мобилизации органов системы кровообращения и напряжении адаптационных систем организма.

После проведенного курса лечения у всех пациентов симпатикотоническим типом вегетативной регуляции произошло улучшение показателей variability сердечного ритма. Более выраженные положительные изменения были отмечены у больных в основной группе, включающей применение ритмической цветоимпульсной терапии, где наблюдалось повышение временных показателей ВСР – SDNN увеличился на 29,6% ($p<0,05$), rMSSD – на 50% ($p<0,001$), что свидетельствовало об уменьшении тонуса симпатической нервной системы и некотором

смещении баланса ВНС в сторону ваготонии после курса лечения. Исследование спектрального анализа выявило увеличение общей мощности спектра на 62,5% ($p<0,001$), в первую очередь за счет высокочастотного компонента на 28,5% ($p<0,01$) и снижение его мощности в низкочастотном диапазоне на 12% ($p<0,05$), что характерно для уменьшения напряжения функциональных надсегментарных центров регуляции. Уменьшение коэффициента LF/HF на 25% ($p<0,001$) свидетельствовало о нормализации вегетативного баланса. Установлено, что включение в лечебный комплекс ритмической цветоимпульсной терапии привело к снижению A_{mo} на 9,7% ($p<0,01$), ИВР на 4,7% ($p<0,01$), и ИН на 23,5% ($p<0,01$). Наблюдаемый «парасимпатический» сдвиг свидетельствует о переходе от высших уровней регуляции к управлению из низшего автономного контура, таким образом, снижает регуляционные затраты организма.

Таблица № 1

Динамика показателей variability сердечного ритма у пациентов с симпатикотоническим типом вегетативной регуляции

Показатели variability сердечного ритма	Основная группа (n=46)		Группа сравнения (n=47)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
LF/HF	1,60 (1,44; 3,00)	1,2 (0,9; 2,1)*** о	1,50 (1,27; 1,81)	1,67 (1,24; 2,90)
LF, %	28,0 (19,0; 39,8)	24,6 (20,3; 32,0)* ооо	28,5 (24,4; 35,5)	33,5 (23,9; 38,0)***
HF, %	14,4 (7,0; 28,0)	18,5 (10,0; 41,8)**	13,9 (11,8; 23,0)	15,5 (13,0; 21,6)
RRNN, мс	799 (758; 883)	820 (787; 900)ооо	795 (787; 854)	781 (752; 804)
SDNN, мс	27 (20; 38)	35,0 (25,0; 48,0)*	27 (22; 30)	33 (23; 54)***
rMSSD, мс	16 (12; 24)	24,0 (24,0; 38,0)*** ооо	17 (12; 19)	21 (15; 22)*
TP, мс ²	1508 (644; 2000)	2450 (815; 3346)***	1564 (1008; 2551)	2221 (1052; 3786)
A_{mo} , %	57,2 (43,8; 69,9)	52,4 (30,0; 63,3)** оо	58,3 (40,4; 68,3)	57,2 (52,3; 63,3)
ИВР, у.е.	362,0 (155,0; 511,0)	350 (121; 450)** оо	354,0 (294,8; 510,0)	385,5 (316,0; 495,0)
ПАПР, у.е.	80,5 (57,8; 93,1)	73,8 (57,1; 84,0)оо	79,7 (62,4; 93,9)	75,9 (72,3; 104,0)
ИН, у.е.	183,0 (110,0; 340,0)	140,0 (63,4; 228,0)** ооо	177,0 (162,7; 332,0)	160,0 (149,3; 273,0)

Примечание: * – различие достоверно ($*-p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$) по сравнению со значениями до лечения; о – различие достоверно ($о-p<0,05$; оо – $p<0,01$; ооо – $p<0,001$) по сравнению со значениями после лечения у больных группы сравнения.

У больных группы сравнения изменение ВСР после лечения было гораздо менее выражено. Как видно из таблицы 1, у обследуемых отмечалось увеличение показателей SDNN на 22,2% ($p<0,0001$), rMSSD на 23,5% ($p<0,05$).

У пациентов со сбалансированным типом variability сердечного ритма как в группе сравнения (n=8), так и в основной группе (n=9) основные показатели ВСР после проведенного лечения, изменялись в пределах нормы. Однако следует отметить, что у пациентов, получающих ритмическую цветоимпульсную терапию, исследование спектрального анализа выявило увеличение TP (мс²) с 3400,0 (2292,0; 3833,7) до 3900,0 (3093,9; 4441,0) ($p<0,05$), в первую очередь за счет снижения его мощности в низкочастотном диапазоне с 37,5 (34,7;

39,6) до 31,1 (29,0; 36,0) ($p<0,01$).

Достоверное снижение показал ИН (у.е.) с 94,40 (87,35; 140,40) до 91,20 (90,00; 100,40) ($p<0,05$). В отношении остальных показателей наблюдается отчетливая тенденция, характеризующая увеличение активности регулирующих систем и сдвиг вегетативного баланса в сторону повышения активности парасимпатического отдела ВНС, однако не достигающая статистически значимого уровня.

У пациентов с парасимпатическим типом вегетативной регуляции, как в основной группе (n=20), так и в группе сравнения (n=21), исходно было отмечено повышение временных показателей ВСР – RRNN (мс), SDNN (мс), rMSSD (мс), что указывало на преобладание парасимпатического отдела ВНС. Анализ волновой структуры ритма в обеих группах выявил повышение мощности волн HF (%) и снижение коэффициента LF/HF, что также характерно для ваготонии. При исследовании стандартной кардиоинтервалографии наблюдалось повышение

Амо (%), снижение ИВР (у.е.) и ПАПР (у.е.), что свидетельствовало о дисбалансе вегетативной нервной системы с активацией преимущественно парасимпатической нервной системы и высокой мобилизации органов системы кровообращения.

Положительная динамика показателей variability сердечного ритма после проведенного курса лечения отмечалась у всех пациентов с парасимпатическим, как и с симпатикотоническим, типом вегетативной регуляции. У больных в основной группе положительные изменения были более выраженные, где наблюдалось снижение временных показателей ВСР – RRNN уменьшился на 10,2% ($p < 0,01$), rMSSD – на 24% ($p < 0,05$), что свидетельствует об уменьшении парасимпатических влияний и восстановлении баланса отделов вегетативной нервной системы после курса лечения. Исследование спектрального анализа выявило снижение спектральной мощности волн HF на 8,4% ($p < 0,05$), повышение TP на 21,3% и коэффициента LF/HF на 56,9% ($p < 0,01$), что также свидетельствует об уменьшении ваготонии и

улучшении адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы. Установлено, что включение в лечебный комплекс ритмической цветоимпульсной терапии привело к снижению Амо на 20,4% ($p < 0,01$) и ИН на 21,2%. Наблюдаемые изменения свидетельствуют об уменьшении тонуса парасимпатического отдела и нормализации вегетативного баланса.

Изменение variability сердечного ритма у больных с парасимпатическим типом ВСР группы сравнения после лечения не было однозначным. Как видно из табл. 2, у обследуемых отмечалось выраженное снижение спектральной мощности HF на 44,3% ($p < 0,001$), повышение мощности LF на 34,8% ($p < 0,0001$) и коэффициента LF/HF в 3 раза ($p < 0,001$), а так же снижение RRNN на 7,9% ($p < 0,001$), SDNN на 15% ($p < 0,01$), rMSSD на 32,7% ($p < 0,01$). Такие изменения могут быть расценены, как значительное снижение тонуса парасимпатического отдела в большинстве случаев с выраженной активацией симпатического отдела ВНС.

Таблица № 2

Показатели variability сердечного ритма у пациентов с парасимпатическим типом вегетативной регуляции

Показатели variability сердечного ритма	Основная группа (n=20)		Группа сравнения (n=21)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
LF/HF	0,546 (0,440; 0,760)	0,857 (0,542; 0,979)** oo	0,536 (0,456; 0,686)	1,540 (1,000; 2,260)***
LF, %	26,10 (18,50; 31,05)	25,40 (19,25; 35,50)	23,00 (18,10; 28,50)	31,00(22,10; 33,50)****
HF, %	45,90 (36,25; 52,60)	42,05 (21,25; 45,75)*	43,60 (42,30; 56,80)	24,30 (19,80; 30,00)***
RRNN, мс	895,0 (833,5; 987,5)	804,0 (771,0; 847,5)**	881 (845; 893)	811 (760; 857)***
SDNN, мс	51,5 (44,0; 77,5)	46,5 (31,5; 68,0)	53 (50; 58)	45 (39; 52)**
rMSSD, мс	52,0 (50,5; 71,5)	39,5 (26,0; 51,5)*	52 (42; 56)	35 (26; 47)**
TP, мс ²	2346,5 (1694,0; 3264,5)	2847,0 (1093,0; 4582,9)	2458 (2011; 2628)	2066 (1694; 3290)
Амо, %	51,80 (46,30; 61,25)	41,25 (29,50; 51,65)** oo	51,3 (41,2; 59,6)	54,7 (48,4; 67,0)
ИВР, у.е.	83,2 (61,3; 122,5)	131,0 (53,5; 306,5)	95,02 (68,10; 116,00)	164,00 (145,00; 210,00)***
ПАПР, у.е.	61,65 (54,00; 75,15)	62,70 (48,45; 79,20)	59,9 (46,2; 66,0)	65,0 (55,9; 70,1)
ИН, у.е.	134,55 (68,30; 147,25)	106,00 (78,32; 122,05) o	129,57 (122,83; 141,40)	136,00 (108,00; 174,00)

Примечание: * – различие достоверно ($p < 0,05$); ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; **** – $p < 0,0001$) по сравнению со значениями до лечения; o – различие достоверно ($p < 0,05$); oo – $p < 0,01$; ooo – $p < 0,001$) по сравнению со значениями после лечения у больных группы сравнения.

К концу лечения у больных ГБ произошло перераспределение вегетативного тонуса следующим образом. У пациентов основной группы (n=75) сбалансированный тип ВНС регистрировался у 42 человек (56%), симпатикотонический – у 19 (25,3%), парасимпатический у – 14 (18,7%). У пациентов группы сравнения (n=76) сбалансированный тип ВНС регистрировался у 27 человек

(35,5%), симпатикотонический – у 40 (52,6%), парасимпатический у – 9 (11,9%).

Выводы

Резюмируя полученные результаты, можно отметить, что включение ритмической цветоимпульсной терапии в комплексное лечение ГБ приводит к значительному улучшению показателей variability сердечного ритма и нормализации регуляции функции сердечно-сосудистой системы после лечения. Положительные изменения отмечались независимо от исходного вегетативного уровня. Это выражалось в уменьшении напряжения в функционировании центральных механизмов регуляции сердечно-сосудистой системы, восстановлении нормальной волновой структуры спектра сердечного ритма и вегетативного баланса,

а также в способности повышать компенсаторно-приспособительные механизмы организма.

Литература:

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. – 447 с.
2. Баевский Р.М. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов // Ультразвуковая функциональная диагностика. – 2001. № 3. – С. 108 – 127.
3. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. – М., СПб.: СПЛ, 1998.
4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, О.В. Воробьева. – М.: Мед.-информ. агентство, 2003. – 749 с.
5. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь и ассоциированные болезни системы кровообращения: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения. – М.: Ньюдиамед, 2006. – 254 с.
6. Патент РФ на изобретение № 2383364 от 10 марта 2010 года – Способ лечения артериальной гипертонии 1 – 2 степени.
7. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ РИТМИЧЕСКОЙ ЦВЕТОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ.

Газдиева Е.М., Стацкая С.Ю.

В исследование включен 151 пациент, страдающий гипертонической болезнью I стадии. Пациенты были разделены на две группы. В группе сравнения (76

человека) все пациенты получали комплексное курортное лечение, включавшее диету №10, ЛФК, массаж воротникового отдела позвоночника и ароматерапию. В основной группе (75 пациентов) дополнительно к комплексному лечению проводили курс ритмической цветоимпульсной терапии по разработанной нами методике. Эффективность проводимого лечения оценивалась на основании динамики показателей вариабельности ритма сердца. Полученные данные показали, что применение комплекса восстановительного лечения, включающего цветоимпульсную терапию, у пациентов с гипертонической болезнью: позволило достичь оптимальной вегетативной регуляции, удовлетворительного состояния механизмов адаптации, таким образом повысить качество жизни пациентов. У пациентов группы сравнения, цветотерапия которым не проводилась, динамика показателей свидетельствовала о менее выраженной стабилизации вегетативного статуса.

SUMMARY

FEATURES OF INFLUENCE RHYTHMIC TSVETOIMPULSNOY THERAPY ON HEART RATE VARIABILITY IN PATSIENOV WITH HYPERTENSION ON SANATORIUM STAGE.

Gazdiev EM, SY Statskaya

In the research 151 patients suffering from hypertension of 1 stages are included. The patients have been divided into two groups. In the comparison group (76 persons) all the patients received the complex resort treatment including diet 10, treatment physical training, massage of a cervical part of the spine and an aromatherapy. In addition to the complex treatment in the main group (75 patients) the course of rhythm color therapy was carried out according to the method worked out by us. Efficiency of the treatment was estimated and based on the rhythm heart-beating variation. The obtained data have shown, that application of a complex of the restorative treatment, including color therapy, in patients with hypertension: has allowed to reach optimum vegetative regulation, a satisfactory condition of mechanisms of adaptation, thus to improve the quality of a life of the patients. In the comparatiol group, which did not get the color therapy, the data dynamics testified to less marked vegetative condition.

ФОСФОЛИПИДЫ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дарибаев Ж.Р., Дарибаева С.А.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр»
«Больница Медицинского центра УДП РК, г. Астана»

Многие заболевания центральной нервной системы, как острые, так и хронические, протекают с транзиторным или стойким повреждением познавательной (когнитивной) и психической сферы. Различные степени нарушения когнитивных функций мы отмечаем при сосудистых поражениях головного мозга (острых и хронических), травматическом поражении ЦНС, эпилепсии и судорожных синдромах, наследственно-дегенеративных, демиелинизирующих заболеваниях нервной системы, опухолях головного мозга. Исследование высших корковых и психических функций представляет собой значительную трудность по многим параметрам: возрасту, уровню двигательного и психоречевого развития, особенностям поведения, уровню интеллектуального развития [1,2].

Интеллект – от лат. «разумение, понимание, постижение» - относительно устойчивая структура умственных способностей индивида [3]. Выдвигается представление о существовании базовых структур интеллекта, независимых от культурных влияний. Основными «когнитивными структурами», составляющими интеллект, являются т.н. высшие психические или когнитивные (познавательные) функции: память, внимание, восприятие, аналитико-синтетические процессы, мышление, принятие решений, сенсомоторная (психомоторная) деятельность.

Целью данной работы явилось изучение динамики когнитивных функций у неврологических больных под воздействием препарата липосом форте.

2 мл раствора содержат активное вещество - фосфолипиды гипоталамуса 28 мг.

Парентеральное введение фосфолипидов гипоталамуса может активировать гипоталамический метаболизм путем увеличения оборота дофамина, тирозин гидроксилазы и аденилатциклазы с последующим накоплением циклического АМФ. Это фармакологическое действие находит отражение особенно на функции системы гипоталамус-гипофиз. Оказывая влияние на физико-химические свойства мембран нейронов, гипоталамические фосфолипиды изменяют адаптацию рецепторов центральных нейронов к лечению.

Липосом Форте неоднократно подвергался клиническим исследованиям на разнообразных животных. На основании результатов проведенных анализов было установлено, что препарату не свойственна репродуктивная, мутагенная или хроническая токсичность. Раствор отлично переносится организмом, от его использования не выявлено возникновения побочных явлений. В результате проведенных исследований был установлен стабильный характер молекул (ЗН/14С), которые беспрепятственно проникают в мозговые районы.

Выявлено, что при парентеральном использовании Липосом Форте наблюдается активная стимуляция процессов метаболизма. В свою очередь данные трансформации способствуют повышению оборота гипоталамического дофамина. Это в свою очередь является предпосылкой для активизации накопительной циклической активности неотъемлемых веществ в организме человека, а именно аденилатциклазы, гидроксилазы и тирозина. При этом замечено, что фосфолипиды непосредственно влияют на физические и химические свойства нейронных мембран. В результате активизируется модификация как энергии центральных нейронов, так и их рецепторов.

В исследование включили 60 пациентов (35 мужчин, 25 женщин) в возрасте от 30 до 60 лет с нарушением когнитивных функций. Пациенты получали Липосом форте в дозе 4 мл внутривенно капельно на 200 мл физиологического раствора три курса по 10 дней с интервалом 1 месяц (общий курс 30 инъекций) без подключения других нейротрофических препаратов. Методы исследования включали: неврологическое обследование по общепринятой схеме, экспресс-оценку состояния когнитивных функций (по M.Folstein), исследование когнитивных функций по критериям ADAS-cog.

Результаты исследования и обсуждение. На фоне лечения липосомом форте у всех пациентов было отмечено улучшение когнитивных функций уже после первого курса лечения.

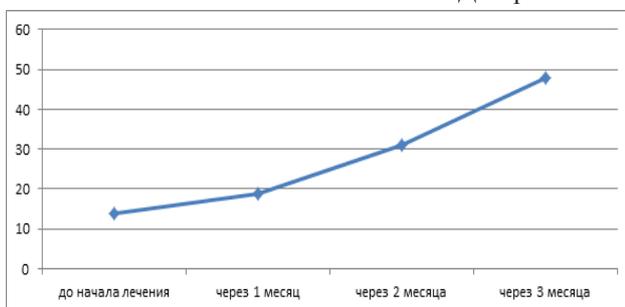
Таблица 1.
Когнитивные функции по критериям шкалы ADAS-cog.

Шкала ADAS-cog		Балл
Фразовая разговорная речь	Беглость разговорной речи	/5
	Понимание	/5
	Пропуск слов	/5
ПАМЯТЬ	Трехкратное воспроизведение 10 прочитанных слов расположенных в разном чередовании	/10
Разговорная речь: наименование	Наименование 12 конкретных предметов и 5 пальцев	/10
Ориентация во времени и пространстве	8 вопросов (дата-место-время)	/8
РЕЧЬ Понимание разговорной речи	Выполнение 5 команд	/5

ПРАКСИС (идеаторный)	Складывание и вкладывание бумаги в конверт, написание адреса и наклеивание почтовой марки	/5
ПРАКСИС (конструктивный)	Круг, Ромб, 2 прямоугольника, Куб	/5
ПАМЯТЬ	Воспроизведение 12 прочитанных слов (2 попытки) из 24 написанных слов	/12
Общее количество баллов	0 - 70	/70

Нейропсихологическое тестирование проводилось 4 раза, первое – до начала лечения, далее трижды после каждого курса лечения. Сумма баллов по всем тестам в начале лечения составила -13, а в конце третьего месяца – 49 баллов, что показывает о значительном улучшении когнитивных функций на фоне лечения липосомом форте (диаграмма 1).

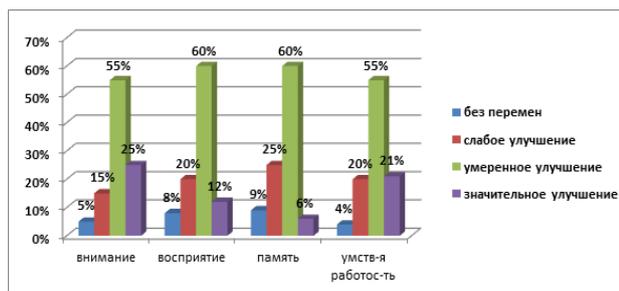
Диаграмма 1.



Средние значения когнитивных функций (общий балл) по шкале ADAS-cog.

Динамика показателей когнитивной сферы до и после лечения липосомом форте показано в диаграмме 2.

Диаграмма 2.



Динамика показателей когнитивной сферы до и после лечения

Как видно из диаграммы в 91-96% случаев отмечено улучшение различной степени выраженности когнитивных функций (внимание, восприятие, память, умственная работоспособность) на фоне лечения препаратом липосомом форте.

Таким образом, данные нашего исследования показали статистически достоверное улучшение

когнитивных функций у больных получивших курсы лечения препаратом липосомом форте. Липосомом форте улучшает эмоциональное состояние пациентов, повышает уровень продуктивности и устойчивости внимания, восприятия, обеспечивает умеренное, но стабильное улучшение памяти, мыслительных функций пациентов. При применении липосомомом форте нами не отмечено побочных эффектов, осложнений.

Список литературы:

1. Маслова О.И., Балканская С.В., Студеникин В.М. и соавт. Когнитивная неврология//Российский педиатрический журнал.-2000.-№5.-С.40-41.
2. Маслова О.И., Кузенкова Л.М., Пак Л.А. и др. Ноотрофы в комплексной реабилитации больных с неврологической патологией// 2006.-С80.
3. Краткий психологический словарь/Под ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского.-М.:Политическая литература, 1985.-432 с.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада фосфолипидтерден құралған, нейрпротективті препарат Липосом фортенің когнитивті қызметтерге әсерін 60 науқаста тексеру нәтижелері келтірілген. Емдеу барысында когнитивтік және басқа да неврологиялық бұзылулардың клиникалық кері дамуы нейропсихологиялық тексерулер арқылы көрсетілген.

РЕЗЮМЕ

В статье приведены результаты изучения влияния на когнитивные функции препарата нейрпротективного действия, состоящего из фосфолипидов Липосома форте у 60 пациентов. Нейропсихологические исследования показали, что на фоне лечения отмечено клиническое улучшение когнитивных и других неврологических расстройств.

RESUME

In article are presented the results of a clinical trial of neuroprotective drug Liposom forte in 60 patients. The study has shown the decrease of cognitive and other neurological impairment by neuropsychological study.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕОДОЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ ТЕМПО-РИТМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ЗАИКАНИЕМ.

**Джаниева Т. С., Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Фридман В. Л.,
Волкова С. В.**

Республиканский реабилитационный детский центр г. Астана, Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения, г. Москвы

Ключевые слова: нейрореабилитация, концепция, комплексность, рецидив, заикание, темпо-ритмическая организация речи, аппарат коррекции речи «Монолог – 01».

С целью коррекции речи и комплексной реабилитации детей, страдающих заиканием, создан аппарат коррекции речи «МОНОЛОГ». Предлагаемый аппарат объединяет функции звукозаглушения, звукоусиления, ритмической стимуляции («МЕТРОНОМ»), воспроизведения речи с определенной задержкой («ЭХО»). Используя четыре основных технических средства, аппарат позволяет получать разнообразные комбинации.

В настоящее время известны четыре типа изменения акустических характеристик речи с помощью аппаратов:

звукозаглушение – подача в наушники шумового фона, заглушающего собственную речь заикающегося;

звукоусиление – методика усиления громкости речи. Заикающийся слышит свою шепотную речь, усиленную прибором;

ритмизация – методика синхронизации речи со звуком метронома;

«ЭХО» – методика задержанной (отставленной) речи. Заикающийся слышит свою шепотную речь с определенной временной задержкой.

Рассмотрим подробнее методики, основанные на использовании технических средств.

Звукозаглушение собственной речи как прием в работе известно еще со времен Демосфена. В XX веке над этим приемом работали А.А. Маланичева (1954), П. Воскресенский (1962), А.В. Крапухин (1981) и др. В качестве заглушающего фона используется «белый шум», акустически напоминающий шум прибора.

А.В. Крапухин механизм влияния «белого шума» трактует следующим образом:

– повышение громкости речи наблюдается при всех видах заглушения (эффект Ламбарди);

– возникает разрыв привычной слухоречевой связи, который имеет в основном психический характер, так как заикающийся, когда не слышит своей речи, меньше волнуется, и запинки не вызывают нового приступа судорожности;

– звукозаглушение отвлекает говорящего от самого акта речи.

Главный положительный результат при звукозаглушении достигается при помощи эффекта повышения громкости.

На эффекте звукозаглушения построен аппарат Деражне. Разной силы шум (в корректофоне он регулируется с помощью специального винта) подается через резиновые трубочки, оканчивающиеся оливами,

прямо в слуховой проход и заглушает собственную речь больного. Для заикающихся, у которых имеется фиксированность на дефекте, отключение слухового контроля облегчает проведение речевых упражнений. Уменьшая силу заглушения, заикающиеся успешно учатся говорить и без корректофона.

Но метод звукозаглушения может быть применим далеко не во всех случаях. Некоторые заикающиеся плохо переносят шум, который вызывает у них головные боли, раздражительность. Постоянный шум может мешать выполнению сложных речевых упражнений. Отсутствие слухового контроля снижает возможность активного речевого общения заикающегося с окружающими.

Звукоусиление как метод коррекции заикания было предложено В.А. Раздольским в 1965 году.

Эффект наступает благодаря изменению привычной громкости собственной речи. Говоря о физиологическом механизме этого явления, В.А. Раздольский пишет: «При заикании в кору головного мозга идут одновременно по афферентным путям кинестетические импульсы с судорожно работающего периферического аппарата речи и слуховые импульсы от воспринимаемой слухом дефектной речи. Вырабатываемые в этих условиях акустико-моторные связи поддерживаются и усиливают патологические рефлексы заикания. Собственная речь, воспринимаемая заикающимися через звукоусиливающую аппаратуру, представляет измененную форму речи. В ответ на слуховое восприятие такой речи еще не успевают вырабатываться акустико-моторные патологические рефлексы. Этот момент облегчает речь заикающихся».

Аппарат В.А. Раздольского построен по принципу звукоусиления речи заикающихся через громкоговорители или воздушные телефоны к слуховому аппарату «Кристалл».

Интересен механизм воздействия метода звукоусиления: если при звукозаглушении эффект возникает за счет разрыва привычной слухоречевой связи, то при звукоусилении все дефекты речи звучат более отчетливо. Значит, только изменение привычной громкости собственной речи или изменение моторных условий ее построения оказывает положительное влияние на речь говорящего.

Звукоусиление – наиболее «мягкое» техническое средство, так как, воспринимая свою речь усиленной, заикающийся старается говорить тише, чтобы слышать себя в правильном по громкости диапазоне, меньше напрягает речевую мускулатуру, чаще начинает пользоваться мягкой атакой звуков, что положительно отражается на его речи. При использовании звукоусиления заикающийся слышит свою правильную

речь, это ускоряет выработку положительных рефлексов свободной, ненапряженной речи.

Метроном, или метод ритмизации (ритмической стимуляции) речи. Этот метод известен столь же давно, как и метод заглушения.

В 1828 году французский врач Коломбо организовал в Париже первый в мире отофонетический институт для лечения различных дефектов речи. Он разработал следующий метод лечения заикания. На первом этапе заикающимся предлагалось говорить нараспев, затем читать и пересказывать прочитанный текст под ритмичные удары сконструированного им специального прибора, частота ритмических ударов в котором менялась с помощью специального устройства – метронома. Коломбо придавал большое значение усвоению навыка изменения темпа и ритма речи. Основой его метода служили ритмическое дыхание и ритмическая речь. Исследования Коломбо получили всеобщее признание.

В 1959 году в статье «Механизм заикания» Н.И. Жинкин писал, что как только речь переходит на скандирование, метрическое произнесение, заикание проходит, так как все слова выравниваются по слоговой динамике. Заикание возобновляется при быстрой речи, так как появляется разнометричность и разнодлительность слов. Каждая новая мера метра должна быть упреждена. Еще К.С. Станиславский подметил, что речь следует за жестом и мимикой. Поэтому впереди надо пустить силу, которая как на «буксире» потянет за собой переменное упреждение. В дальнейшем «буксир» можно ослабить либо совсем убрать. Именно таким «буксиром» может стать метроном.

«ЭХО», или эффект отставленной речи. Этот эффект был открыт Б. Ли в 1952 году. Эффект отставленной речи связывают с нарушением обратной слуховой связи. Суть эффекта состоит в том, что сигнал, подаваемый в микрофон, говорящий слышит с запаздыванием, как в лесу или в горах. Существует много способов задержки сигнала, но самым распространенным до недавнего времени являлся магнитофонный.

Метод лечения, основанный на принципе «регуляции обратной связи» с помощью «ЭХО-аппарата», предложил польский врач Б. Адамчик в 1959 году. При применении этого метода пациент говорит в микрофон, который соединен со звукозаписывающей головкой магнитофона. Записанный текст поступает на звуко снимающую головку, усиливается, а затем передается в наушники, через которые пациент слышит свою собственную речь с запаздыванием.

В 1981 году А.В. Крапухин в установке «Логос» наряду с звукозаглушением и звукоусилением использовал эффект «ЭХО». Здесь, в отличие от ранее применяемых аппаратов, задержка обратной речевого сигнала основана на электронном принципе, что позволяет получить значительное улучшение качества звучания и снизить время задержки без снижения эффективности воздействия.

В 1988 году на смену первому поколению «ЭХО-магнитофонов» пришли портативные, индивидуальные и более удобные для использования в различных ситуациях аппараты «АИР» (Л.Я. Миссуловин). Заикающийся, применяя аппарат «АИР», слышит

в наушнике свою собственную речь с некоторым запаздыванием, в результате чего корригируется темп и ритм его речи, что, в свою очередь, приводит в большинстве случаев к значительному снижению речевой судорожности.

При применении аппарата темп произнесения речевых образцов несколько замедляется, вырабатывается более сильный голос, улучшается артикуляция звуков речи. Но модуляции голоса могут стать менее гибкими, может возникнуть некоторая монотонность. Поэтому следует внимательно следить за атакой голоса больного, добываясь мягкого произнесения звуков и по возможности большей интонационной выразительности.

Механизм воздействия эффекта «ЭХО» можно объяснить тем, что у заикающихся нарушена обратная слуховая связь в сторону ускорения, поэтому замедление ее приводит к улучшению речи. Однако эффект «ЭХО» не всегда приводит к улучшению, поэтому правильнее считать, что при воздействии отставленной речи положительный эффект снижения судорожности достигается за счет изменения темпа речи в сторону замедления и повышения громкости, а также психотерапевтического отвлекающего воздействия.

Заикание представляет собой сложное патологическое состояние с полиморфной клинической картиной, в которой преобладают две группы основных нарушений:

собственно речевые – судороги речевых мышц (артикуляционные, голосовые и дыхательные), прерывающие плавность речи, ее слитность и нарушения просодики (темпа, ритма, мелодичности); расстройства в психоэмоциональной сфере, обусловленные различными общевротическими и логоневротическими нарушениями, которые возникают у заикающегося в результате затруднения речевого общения.

Для заикающихся также характерны выраженные кардиоваскулярные и дыхательные изменения.

Лечебно-коррекционные мероприятия при заикании определяются основными положениями комплексного медико-педагогического метода (Н.А. Власова, К.П. Беккер, 1983; Н.М. Асатиани, 1980). Разработано множество методик, направленных на то, чтобы восстановить нарушенный стереотип речи при заикании, как в отдельных компонентах, так и в механизмах их взаимосвязи (методики М.И. Лохова, Л.З. Арутюнян (Андроновой) и др.). Однако ни одна система реабилитационных мероприятий заикания не является абсолютно надежной и эффективной. Как правило, заикание полностью не устраняется, а лишь снижаются его проявления.

Актуальность проблемы и недостаточная эффективность существующих на данный момент методик является значимым фактором для поиска новых и нестандартных путей решения проблемы заикания.

В 50-х годах XX века возникла идея о возможности обучения управлению внутренними процессами. Появлению этой идеи способствовали: новое осмысление результатов классических исследований великих русских физиологов,

прежде всего И.М. Сеченова и И.П. Павлова, в области условно-рефлекторной деятельности; представления К.М. Быкова о кортико-висцеральных связях; нейроанатомические данные, полученные в лаборатории В.Н. Черниговского и доказавшие наличие висцерального представительства в отдельных локальных зонах коры больших полушарий. Теоретические обоснования метода биологической обратной связи (БОС) опираются, кроме того, на основные положения теории функциональных систем П.К. Анохина и теорию устойчивых патологических состояний, разработанную Н.П. Бехтеревой и ее сотрудниками. Большую роль в разработке проблемы биологической обратной связи сыграли также работы ряда американских ученых, которые пытались модифицировать реакции внутренних органов, опосредуемые через вегетативную нервную систему, с помощью методик инструментального обучения (выработки оперантных рефлексов).

В ЗАО «Биосвязь» в Петербурге разработана методика формирования совершенствования и коррекции речи методом биологической обратной связи (А.А. Сметанкин и др., 1998).

Сущность метода БОС при коррекции заикания – научить пациента контролировать и целенаправленно изменять течение нарушенной физиологической функции, участвующей и влияющей на процесс речеобразования (дыхание, мышечный и вегетососудистый тонус, психоэмоциональное состояние). Для этого с помощью приборов БОС регистрируют физиологические параметры пациента, связанные с нарушенной функцией, и предъявляют их обучаемому в виде визуального и слухового сигнала обратной связи. Получая объективную информацию о нарушенной функции, пациент находит и учится воспроизводить такое состояние, которое нормализует эту функцию. Информация для специалиста представлена в виде статистики, которая содержит различные показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) и дыхательных циклов. В программе существует два способа представления результатов: графики и таблицы.

Преимущества БОС:

- индивидуальная объективная диагностика;
- постоянный контроль за корректируемой функцией и ее физиологическими показателями;
- активизация собственных резервных возможностей организма и наиболее экономичное использование его энергетических ресурсов;
- наглядность выполнения упражнений;
- обеспечение дополнительной мотивации;
- сокращение сроков реабилитации;
- устойчивость формируемых навыков.

Цели:

- отказ от присущего заикающемуся патологического стереотипа речи;
- формирование нового стереотипа речи, который должен соответствовать индивидуальной норме.

Методика предполагает несколько этапов работы:

- Первичное клиническое обследование (проводится до процедур БОС)
- Выработка правильного диафрагмально-релаксационного дыхания. Для формирования дыхания по методу БОС пациент сидит в удобном кресле перед прибором «Кардиосигнализатор» и

экраном компьютера. Одно из условий – чувство комфортности и отсутствие при выполнении упражнений излишних усилий. Лицо, плечи, шея, руки – не напряжены. Датчики от прибора фиксированы на передней поверхности грудной клетки на уровне 2–8-го межреберья.

- У заикающегося регистрируются текущие значения ЧСС, которые подаются ему в виде звуковых и зрительных игровых, цифровых и графических сигналов обратной связи. При правильном дыхании пациент «закрашивает» вертикальные или горизонтальные полосы.

- Выработка правильной артикуляции. Речевая тренировка с применением диафрагмально-релаксационного типа дыхания.

- Тренировка чтения песен, стихов, прозы с экрана компьютера под контролем БОС на выдохе.

- Проводится работа над просодической стороной речи, ее эмоциональной окраской. Особое внимание уделяется чувству слитности, плавности, легкости речи на выдохе.

- Этап закрепления полученных навыков. Осуществляется переход к свободной спонтанной речи.

- Контрольное обследование.

- Результаты проведенного исследования по методике БОС показали положительную динамику в лечении заикания.

Необходимо отметить, что первые опыты по произвольному регулированию висцеральных реакций проводились в России. Исследованиями в данном направлении занимался профессор Военно-медицинской академии И.Р. Тарханов. Первая публикация (1955), которую можно по праву отнести к БОС, принадлежит М.И. Лисиной, аспирантке Института психологии АПН РСФСР. Данная работа посвящена исследованию и применению конкретной методики по управлению вазомоторными реакциями. Введение термина «биологическая обратная связь» принадлежит психофизиологам США. Впервые в широкой литературе он появился в 1963 году в работе Дж. Басмаджана, посвященной обучению управлению электрической активностью, снимаемой с отдельного мышечного волокна. После этой работы исследователи все чаще стали употреблять введенный термин вместо понятий «оперантное обусловливание» или «инструментальное обучение».

В 1969 году в США в городе Санта-Моника (Калифорния) группой энтузиастов-исследователей было основано Исследовательское общество биологической обратной связи (The Biofeedback Research Society), целью которого являлось объединение профессионалов, работающих в области БОС. С этого момента практическое применение методики БОС получило большое распространение в лечении артериального давления, эпилепсии, тревожных состояний, сердечных аритмий, головных болей напряжения, астмы, паркинсонизма, детской гиперактивности. Учитывая возросший интерес медиков к проблеме БОС, учредители общества в 1976 году решили переименовать его в Американское общество биологической обратной связи (The Biofeedback Society of America).

В Европе БОС развивалась примерно по такой же

схеме, что и в США, но не нашла такого широкого применения. Ассоциации БОС существуют во Франции – с середины 70-х годов, в Италии – с начала 80-х годов. В 90-х годах образовались общества БОС в Германии и Австрии. В 1996 году была организована Европейская Ассоциация БОС.

В 1989 году американскими исследователями (корпорацией IBM) была разработана программа «Видимой речи». Это интерактивная компьютерная технология, по которой воспринимаемые звуковые сигналы преобразуются в соответствующие зрительные образы. В настоящее время широкое распространение получают разнообразные компьютерные программы, использующие эффект «Видимой речи».

В целях выработки длительного речевого выдоха, коррекции интонационно-мелодической стороны речи и нормализации процесса паузирования используется ряд модулей программы «Видимая речь».

При работе с модулем «Длительный речевой выдох» у больных вырабатывается умение регулировать длительность и силу выдоха. Модуль включает в себя серию игр, в процессе которых необходимо умение экономно распределять выдыхаемый воздух с определенной силой и длительностью. Выполнение задания контролируется визуально, помогает выработке новых навыков.

Работа с модулем «Изменение высоты голоса» заключается в тренировке умения произвольно повышать и понижать высоту голоса. Игры: необходимо за определенный промежуток времени несколько раз плавно изменить высоту звучания голоса, обходя «препятствия», которые изображены на экране.

Цель работы с модулем «Интонация» заключается в выработке правильных интоном. В процессе тренинга заикающийся получает информацию в виде количественного показателя частоты основного тона при произнесении фраз с различной интонацией и корректирует данный показатель в соответствии с эталоном.

Цель работы с модулем «Громкость и высота» заключается в нормализации процесса паузирования, темпа и слитности речи. Использование данного модуля позволяет заикающимся увидеть на экране компьютера графическую запись собственной речи (по горизонтали фиксируется длительность звучания голоса и длительность пауз, а по вертикали – интенсивность звучания голоса). Можно сравнить эталонный образец речи, предложенный логопедом, с собственной речью. Данный модуль предусматривает параллельную запись речи на магнитофон, что дает возможность тренирующемуся осуществить визуальный и аудитивный контроль за речью. При работе над процессом паузирования на данном модуле тренинг заикающихся заключается в удержании пауз заданной длительности в соответствии с их синтагматической обусловленностью. Отрабатывается адекватная длительность пауз при произнесении смычных согласных, которые для заикающихся являются наиболее трудными.

Технические средства коррекции заикания продолжают совершенствоваться. В настоящее время существуют разработки специфической аппаратуры на основе персональных компьютеров.

В них используются: «отставленная речь», которую можно легко моделировать в большом диапазоне; «маскирующий шум», силу которого можно также регулировать; ритмическая подача звукового сигнала, который можно изменять по интенсивности и ритму.

Литература:

1. Шевцова Е.Е. Психолого-педагогическая диагностика и коррекция заикания. – М.: В. Секачев, 2009.
2. Орлова О.С. Нарушения голоса у детей. — М., 2005.
3. Винарская Е.Н., Богомазов Г.М. Возрастная фонетика. — М., 2005.
4. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Заикание и логоневроз. Диагностика и лечение. — СПб., 2000.
5. Поварова И.А. Коррекция заикания в играх и тренингах.- СПб., 1999.
6. Когновицкая Т.С. Логопедическая работа с заикающимися школьниками с учетом особенностей мелодики и темпа речи: Методические рекомендации.- Л., 1992.
7. Антипова А.М. Просодия//Лингвистический энциклопедический словарь. М., 1990.
8. Николаева Т.М. Паралингвистика//Лингвистический энциклопедический словарь, М., 1990.

РЕЗЮМЕ

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕОДОЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ ТЕМПО-РИТМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ЗАИКАНИЕМ

Джаниева Т. С., Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Фридман В. Л., Волкова С. В.

С целью коррекции речи и комплексной реабилитации детей, страдающих заиканием, создан аппарат АКР-1 «МОНОЛОГ». Предлагаемый аппарат объединяет функции звукозаглушения, звукоусиления, ритмической стимуляции («МЕТРОНОМ»), воспроизведения речи с определенной задержкой («ЭХО»). Используя четыре основных технических средства, аппарат позволяет получать разнообразные комбинации.

SUMMARY

NEW TECHNOLOGIES IN OVERCOMING VIOLATIONS TEMPO-RHYTHMIC ORGANIZATION OF SPEECH IN CHILDREN WITH STUTTERING

Dzhaniyeva T.S., Bulekbayeva Sh.A., Daribayev Zh.R., Freedman V.L., Volkov S.V.

In order to enhance the speech and complex rehabilitation of children suffering from stuttering, created unit AKR-1 «monologue». The proposed device combines the functions of zvukozaglusheniya, amplification, repetitive stimulation («METRONOME»), reproduction of speech with a certain delay («ECHO»). Using the four main technical means, the phone can receive a variety of combinations

ФОРМИРОВАНИЕ ФОНЕМАТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА.

Джаниева Т. С., Фридман В. Л., Волкова С. В.
Республиканский реабилитационный детский центр г. Астана, Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы

Ключевые слова: нейрореабилитация, концепция, междисциплинарность, очаговые поражения головного мозга, инсульт, черепно-мозговая травма, фонематические процессы, аппарат «Интон-М».

Актуальность. В данной статье рассматриваем проблемы восприятия речи, обусловленные нарушениями фонематических процессов у детей с последствиями очаговых поражений мозга. В практической деятельности встречается несколько категорий нарушений фонематического слуха. Это проблемы, связанные с неполноценной слуховой перцепцией (то есть с тугоухостью); неполноценностью фонематического восприятия; несформированностью фонематических представлений. Первую категорию не рассматриваем, так как она связана с физиологическим нарушением слуха.

Нарушения фонематического восприятия по происхождению могут быть первичными и вторичными. Первичные нарушения фонематического восприятия встречаются редко — только при сенсорной алалии и соответственно сенсорной афазии, когда нарушена способность к распознаванию, как отдельных звуков, так и фонетических комплексов.

Это нарушение сопровождается неполноценностью образования связи между фонетическим образом и значением, и распространяются на все звуки речи (Трауготт Н. Н., Кайданова С. И., 1975). Постепенно у таких детей угасает даже ориентировочный рефлекс на речевые стимулы. Вторичные, парциальные нарушения фонематического восприятия проявляются преимущественно в смешении слов - квазиомонимов типа бочка-почка, коза-коса, дома-том и т. п. Ребенок путает значения этих слов, соотнося их с картинкой или при восприятии фраз, содержащих такие слова. Такие смешения касаются только парных согласных. Количество смешиваемых пар варьирует от 1 до 5-6. Данные симптомы проявляются непосредственно только при специальном исследовании. Например, при подборе слов (или соответствующих картинок), включающих заданный звук. Косвенно этот недостаток обнаруживается в наличии стойких смешений определенных звуков в произношении даже после того, как они уже освоены артикуляторно. В школьном возрасте это приводит к появлению дисграфических ошибок (А.Н. Корнев).

Следующая категория - нарушения фонематических представлений. Недостаточность фонематических представлений в устной речи детей предположительно может проявляться в наличии замен и смешений звуков. Нередко эти недостатки выступают как механизм некоторых нарушений письма. В ряду симптомов нарушений устной речи мы

рассматриваем их только потому, что традиционно в логопедии «несформированность» фонематических представлений выделяется как один из компонентов фонетико-фонематического недоразвития речи (Никашина Н. А, 1965, Левина Р. Е., 1968).

Проблема нарушений речевой функции, в частности, фонематического слуха и фонематического восприятия у детей в результате травмы головного мозга, нарушений мозгового кровообращения (инсульт), нейроинфекций, в настоящее время недостаточно изучена. При анализе речевого расстройства необходимо учитывать различные патологические процессы, которые неизбежно откладывают отпечаток на характер развития речи и специфику ее нарушений. Каждый этиологический фактор имеет свои последствия, и синдром, вызванный тем или другим фактором, может быть различным на разных стадиях течения основного нарушения. Анализ последних исследований и публикаций показал следующее. Схожесть детской афазии с алалией проявляется в: нарушении всех компонентов речи; общей незрелости и в первом, и во втором случаях речевой функциональной системы и связанных с нею психических функций. Различия в том, что: алалия – системное недоразвитие речи, а афазия – системный распад уже сформировавшейся речи. Следовательно, коррекционно-педагогическая работа при алалии – воспитание речи, при афазии – восстановление речи (М.Г. Храковская, А.В. Семенович, Л.С. Цветкова, Зыков, Зайцев).

Из опыта работы с детьми с последствиями локальных поражений мозга (ПЛМП) можно сделать вывод о полиморфности речевых нарушений у пациентов, поступающих на стационарное лечение и нуждающихся в логопедической помощи. У этих детей часто отмечаются нарушения ритмико-интонационной стороны речи. Речь отличается монотонностью, скандированностью или псевдоскандированностью. Данные клинические случаи указывают на необходимость наиболее ранней комплексной нейрореабилитационной помощи таким детям, которая заключается в участии группы специалистов, и где ведущую роль играет интенсивное коррекционно-восстановительное обучение с использованием специального инструментария из-за сложности речевой патологии. В связи с этим на этапе коррекционно-восстановительного обучения детей с последствиями очаговых поражений мозга, специалистам требуется инновационный инструментарий для предупреждения и выявления проблем восприятия речи, который бы учитывал глубинные механизмы смыслообразований, взаимосвязь мыслительных, речемыслительных и собственно речевых процессов. Для реализации этих

задачи мы используем специальный аппарат «Интон-М».

«Интон-М» - тренажер был разработан и изначально предназначался для контроля фонетических элементов речи по зрительному, слуховому и тактильному каналам восприятия у детей нарушениями слуха. В настоящее время возможности мультисенсорного речевого тренажера «Интон-М» применяют в коррекции просодических и фонетических нарушений речи у детей с тяжелыми полиморфными речевыми расстройствами.

Речь этих детей отличается монотонностью, скандированностью или псевдоскандированностью, нарушены тембр, мелодика, темп, ритм. В связи с этим на этапе коррекционно-восстановительного обучения специалистам требуется инновационный инструментальный для предупреждения и выявления проблем восприятия собственной речи, воспитания речевого самоконтроля. С 2011 года в детском отделении при Центре патологии речи и нейрореабилитации (г. Москва) осуществляется апробация технических возможностей мультисенсорного речевого тренажера ИНТОН-М, разработанного компанией «Речевая аппаратура «УНИТОН» (г. Москва) при восстановлении речевой функции у пациентов с последствиями очаговых поражений головного мозга по принципу биологической обратной связи (БОС).

Коррекция фонации становится актуальной для восстановления пораженных мозговых функций по обратной связи, когда импульсы раздражения проходят от периферии к центру от глотки и гортани в мозг. В.А. Федоров, ведущий специалист в области микробиомеханики, таким образом разъясняет механизмы воздействия микровибрации на организм, который использует энергию микровибрации для лучшего функционирования органов и систем. Наиболее дефицитными являются микровибрации акустического диапазона, для их компенсации и были созданы виброакустические аппараты – виброфоны.

Для получения наилучшего и более стойкого результата используется разработанная специалистами Центра вибро-тактильно-акустическая (ВТА) процедура, которая позволяет передавать вибрационно-тактильные ощущения от звуков речи, произносимых пациентом или специалистом непосредственно на голосовые складки пациента. Усиление обучающего воздействия осуществляется за счет одновременного сочетания зрительных и вибрационно-тактильных стимулов.

Функции в речевом тренажере позволяют организовать индивидуальную работу с ребенком для решения следующих задач:

- работу над высотными модуляциями голоса (тренировка механизмов голосообразования);
- работу над силой звука;
- работу над интонацией;
- отработку логического ударения;
- развитие и формирование фонематического восприятия и фонематических представлений по образцу, заданию, самостоятельно;
- зрительная коррекция силы звука на светодисплее.

По мере формирования произносительных навыков подключается кинестетический (мышечный) канал речедвигательных ощущений.

Применение аппарата «Интон-М» способствует формированию у ребенка фонематических процессов в соответствии с онтогенезом речевого развития, код которого нарушен в результате последствий очагового поражения мозга.

Таким образом, восприятие элементов речи по разным каналам: сенсорным, тактильным, зрительным позволяет ребенку с речевыми расстройствами эффективно анализировать речь логопеда, а также контролировать собственное произношение, в результате чего включается механизм биологической обратной связи.

Литература:

1. Винарская Е.Н. Дизартрия. - М., - 2005.
2. Винарская Е.Н., Богомазов Г.М. Возрастная фонетика. - М., - 2005.
3. Орлова О.С. Нарушения голоса. - М., - 2008.
4. Светозарова Н.Д. Синтагма//Лингвистический энциклопедический словарь, - М., - 1990.

РЕЗЮМЕ

ФОРМИРОВАНИЕ ФОНЕМАТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА.

Джаниева Т. С., Фридман В. Л., Волкова С. В.

В данной статье рассматриваются проблемы восприятия речи, обусловленные нарушениями фонематических процессов у детей с последствиями очаговых поражений мозга.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАРДАҒЫ МИНЫҢ ОШАҚТЫ ЗАРДАБЫНАН КЕЙІНГІ ФОНЕМАТИКАЛЫҚ ҮДЕРІСТІҢ ҚАЛЫПТАСУЫ.

Джаниева Т. С., Фридман В. Л., Волкова С. В.

Мақалада балалардағы мидың ошақты зардабынан кейінгі фонематикалық үдерістің бұзылу мәселелерін қалыптастандыру.

SUMMARY
FORMATION PHONEMIC PROCESSES IN CHILDREN WITH CONSEQUENCES OF FOCAL BRAIN LESIONS.
Dzhaniyeva T.S., Freedman V.L., Volkov S.V.

This article discusses the problem of speech perception due to impaired phonemic processes in children with the consequences of focal lesions of the brain.

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЗАИКАНИЯ.

**Джаниева Т.С., Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Шевцова Е.Е.
Республиканский реабилитационный детский центр г. Астана,
Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента
здравоохранения г. Москвы**

Ключевые слова: нейрореабилитация, концепция, комплексность, рецидив, поддерживающая терапия, заикание, заикоподобные нарушения.

Актуальность изучаемой проблемы обусловлена тем, что синдром заикания является терапевтически резистентным, рецидивирующим видом речевой патологии. Многолетний опыт преодоления заикания в нашей стране и за рубежом свидетельствует о неустойчивости результатов его лечения. Многие исследователи связывают этот факт с тем, что наряду с речевыми нарушениями в генезисе и в клинической картине заболевания имеется та или иная степень личностной дезорганизация, обусловленная влиянием психологических факторов, что оказывает существенное влияние на результат лечения, компенсацию и декомпенсацию.

Мы предположили, что применение в комплексной системе преодоления заикания вариативных стратегий поддерживающей терапии, учитывающих индивидуальность соотношения речевой, когнитивной и эмоционально-личностной дисфункции пациентов, позволит повысить ее эффективность.

Дифференцированная поддерживающая терапия представляет собой коррекционно-реабилитационное пространство, в том числе принципы, условия и стратегии реализации комплекса мероприятий, направленного на закрепление и поддержание положительного терапевтического эффекта коррекционной работы по преодолению заикания после окончания курса интенсивной терапии. Данный комплекс осуществляется мультидисциплинарной командой специалистов, обеспечивающей динамическое наблюдение (мониторинг), психолого-медико-педагогическое воздействие с целью коррекции вторичных проявлений и предупреждения рецидивов заикания. Проведенный анализ литературных источников позволил определить содержание и методику эмпирической части нашего исследования.

Цель диагностического этапа состояла в выявлении совокупности личностно-коммуникативных, эмоциональных и речевых особенностей подростков и взрослых, влияющих на выбор оптимальной стратегии поддерживающей терапии в комплексной системе преодоления заикания.

В частности, на данном этапе исследования мы решали такие задачи, как:

- Изучить особенности и степень выраженности речевого нарушения у участников исследования.
- Проанализировать индивидуальные эмоционально-личностные особенности заикающихся пациентов.
- Выявить наличие и характер взаимосвязи между

показателями коммуникативной дезадаптации, степенью фиксации на речевом дефекте, типом внутренней картины речевого дефекта и личностными характеристиками заикающихся пациентов.

-Провести анализ, сравнение, обобщение и систематизацию данных, полученных в ходе исследования.

Для решения задач диагностического этапа мы использовали следующие методики:

1. Анализ истории болезни пациента
2. Методика изучения самооценки Ч. Спилберга, Ю. Л. Ханина
3. Методика «Уровень притязаний» Н. Калиты
4. Тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейнга
5. Методика незаконченных предложений Д. Сакса и Л. Сиднея
6. Тест личностных акцентуаций К. Леонгарда - Г. Шмишека
7. Для изучения типа внутренней картины речевого дефекта мы использовали методику, разработанную в лаборатории клинической психологии Ленинградского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс, А.Е. Личко 1987г.).

Изучение истории болезни пациентов позволило обнаружить некоторые закономерности в формировании их личности и указало на взаимосвязь между проявлениями коммуникативной дезадаптации и степенью нарушения отношений личности больного. Чем выше степень выраженности невротического компонента, тем больше выражены нарушения системы отношений заикающегося, страдает деятельность общения, что определяет высокую потребность в пролонгированной поддерживающей терапии. И, напротив, даже при наличии выраженных речевых расстройств, при отсутствии патологической фиксации на дефекте и незначительной выраженности невротического компонента, состояние заикающегося оказывается достаточно компенсированным и существенно не ограничивает коммуникативное взаимодействие. В этом случае потребность пациента в поддерживающей терапии носит эпизодический или кратковременный характер.

На основании проведенного анализа все пациенты, принимавшие участие в эксперименте, были разделены на группы по критерию выраженности деформации системы отношений, показателей коммуникативной дезадаптации и особенностей фиксации на речевом дефекте.

Проведенная математическая обработка позволила объективно установить наличие выраженной зависимости между такими показателями,

как «фиксированность на речевом дефекте», «выраженность социально-коммуникативной дезадаптации» и «частота возникновения рецидивов заболевания».

Полученные данные позволили подтвердить наше предположение о том, что выраженность фиксации на речевом дефекте является фактором, обуславливающим социально-коммуникативную дезадаптацию и интенсивность возникновения рецидивов заикания. Следовательно, показатель выраженности фиксации на речевом дефекте является значимым критерием для определения потребности пациента в поддерживающей терапии и выбора оптимальной стратегии ее реализации в системе комплексного преодоления заикания.

Значимым показателем для нашего исследования является разница между первой оценкой, отражающей актуальный субъективный анализ пациентом своих личностных характеристик, и второй оценкой, отражающей гипотетическое предположения пациента о том, как изменятся его личностные характеристики при условии преодоления заикания.

С помощью количественного измерения различий между актуальной и гипотетической самооценкой отдельных характеристик мы оценивали когнитивный показатель (рационально-информационную сторону) внутренней картины речевого дефекта пациентов, принимавших участие в экспериментальном исследовании.

Сопоставление данных субъективного самоанализа (1 оценка) показал, что («Здоровье», «Речь», «Возможности общаться», «Ум» и «Счастье») пациенты с выраженной фиксацией (ВФ) на речевом дефекте имеют более низкие показатели, чем пациенты с умеренной фиксацией (УФ). В целом самооценка при выраженной фиксации на речевом дефекте ниже, чем при умеренной фиксации.

Пациенты с ВФ в целом ощущают себя менее успешными и счастливыми по сравнению с другой группой заикающихся. При этом пациенты с ВФ испытывают большую потребность в общении и социальной активности, чем респонденты с УФ.

По данным исследования уровня притязаний пациенты первой группы подразделяются на две подгруппы: с завышенным и заниженным уровнем притязаний. В обеих подгруппах уровень притязаний достаточно устойчивы. Реакция на «не успех» в основном носит форму защиты. Основной, яркой характеристикой личности заикающихся первой группы является эмоциональная дезорганизация умственной деятельности. Из-за сильного эмоционального напряжения они неспособны решить даже самое простое задание. Но этот момент достаточно обратим. Уровень притязаний носит в основном защитный характер, так как снижение его наблюдается чаще при завышенной самооценке.

Во второй группе уровень притязаний значительно ниже, чем в первой и носит неустойчивый характер. Реакция на не успех у второй группы более острая. Степень трудности последующего выбора во многом определяется результатом выполнения предыдущего задания. Эмоциональной дезорганизации деятельности не наблюдается. В целом же по группе уровень

притязаний вырабатывался с трудом.

При выполнении теста Розенцвейга в первой группе трудностей в правильном восприятии ситуаций не было. Но в оценках эмоционального отношения к ситуации и характера ответа прослеживалась разница. В целом же ответы носили характер обвинения себя, принятие вины. Выход из сложных ситуаций был самостоятельным.

Для второй группы характерными были ошибки при восприятии условий конфликтных ситуаций. Ситуация воспринималась неполно. В эмоциональной оценке ситуации и характере ответов прослеживалось соответствие. Но реакции в целом носили отрицательную эмоциональную окраску. Тип реакций на конфликт в основном в виде обвинений, направленных на окружение. Собственная вина оправдывалась и отрицалась. В разрешении конфликта требовалась посторонняя помощь. Можно отметить определенную несамостоятельность в выходе из сложных ситуаций. Анализ данных, полученных с помощью метода «Незаконченные предложения» показывает, что тема «Заикание» для первой группы присутствует в основном в «Отношении к будущему», «Жизненных целях».

Пациенты были достаточно требовательны к себе, недовольны своим характером, который в большей степени мешал полноценному общению. Для второй группы характерным являлось проявление темы «Заикания» в настоящем времени. Их «Жизненные планы» в большей мере связаны с лечением заикания, а причину многих неудач и трудностей они видят в заикании. При этом, недовольство собой, своим характером так ярко, как в первой группе, не проявлялось.

При анализе результатов диагностики с помощью Теста личностных акцентуаций К.Леонгарда-Шмишека на каждого пациента дважды составлялась радиальная диаграмма выраженности акцентуаций характера до и после проведения коррекционно-логопедической работы. По результатам обследования выявлено преобладание эмотивных, педантичных, возбудимых, неуравновешенных, дистимичных и тревожных акцентуаций характера. Изучение типа внутренней картины речевого дефекта (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс, А.Е. Личко 1987 г.) позволил распределить респондентов на несколько групп, соответствующих типам внутренней картины речевого дефекта.

Анализ результатов диагностики позволил выявить вариативность проявлений когнитивной, эмоционально-личностной и коммуникативной недостаточности, определить иерархию их соотношений в структуре заикания, что явилось основанием для создания экспериментальной модели дифференцированной поддерживающей терапии и разработки вариативных стратегий ее реализации. Учитывая степень выраженности заикания, а также основываясь на клинко-психологической характеристике заикающихся, можно выделить три основных группы (В.М. Шкловский, Б.Д. Карвасарский) пациентов, в работе с которыми применялись вариативные стратегии поддерживающей терапии:

Первая группа. Заикающиеся отличаются незначительно выраженным невротическим компонентом, независимо от степени, формы заикания и типа судорог. При возникновении страха речи больные в состоянии его преодолеть самостоятельно. В структуре личности таких больных не отмечается стойких патологических отклонений. По характеру они достаточно активны, общительны. Отсутствует невротическая переработка имеющегося дефекта речи. Речевой дефект не мешает становлению личности заикающегося как таковому. В работе с данной группой пациентов мы применяли стратегию поддерживающей терапии, максимально ориентированную на выработку эффективных способов аутостимуляции, позволяющих самостоятельно управлять своим эмоциональным состоянием и регулировать речевую деятельность.

Вторая группа. Для больных второй группы характерны значительные эмоциональные расстройства. У них обнаруживается интенсивных страх речи, который они не всегда могут преодолеть, несмотря на стремление к этому. Заикание особо выражено в ситуациях, требующих активного речевого общения (ответы на уроках, экзаменах, выступление на собрании, разговор с незнакомыми людьми, по телефону и т. д.), что свидетельствует об избирательном характере нарушения отношений личности. У заикающихся данной группы проявляются следующие характерологические особенности: повышенная впечатлительность, сензитивность, резкие колебания настроения, неуверенность в себе, а следовательно, и низкая самооценка. Это, в свою очередь, неблагоприятно отражается на становлении общественно-производственных отношений. На этом фоне у заикающихся возникают трудности реализации своих способностей, актуализации себя в общественной работе и личной жизни. Для данной группы пациентов наиболее эффективной стратегией поддерживающей терапии, направленная на отреагирование негативных эмоций, преодоление страхов, снижение эмоциональной значимости психогенных ситуаций и формирование индивидуальных моделей психологической защиты к подобным ситуациям.

В третьей группе тяжесть заболевания в значительной степени определяется выраженностью эмоциональных нарушений. По данным клинико-психологического исследования, в структуре личности больных отмечаются стойкие патологические отклонения. У больных этой группы оказывается дезорганизованной вся система личностных отношений и поведения, резко выражено чувство собственной неполноценности, непреодолимый страх, неуверенность в своих силах, тревожная мнительность, которая часто неадекватна по отношению к имеющемуся или практически отсутствующему дефекту речи. Так возникают трудности в системе межличностных отношений, препятствующие социальной адаптации. Стратегия поддерживающей терапии в данной группе пациентов связана с глубоким преобразованием их системы ценностей и отношений, оптимизацией межличностных взаимоотношений. Полученные результаты теоретического и диагностического этапов исследования позволили нам создать экспериментальную модель дифференцированной

поддерживающей терапии, которая представляет собой коррекционно-реабилитационное пространство, принципы и условия реализации комплекса мероприятий, направленных на закрепление и поддержание положительного терапевтического эффекта коррекционной работы по преодолению заикания после окончания курса интенсивной терапии. Данный комплекс осуществляется мультидисциплинарной командой специалистов, обеспечивающей динамическое наблюдение, психолого-педагогическое сопровождение и коррекцию вторичных проявлений и рецидивов заболевания.

Цель поддерживающей терапии – закрепление и поддержание положительного терапевтического эффекта коррекционной работы по преодолению заикания после окончания курса интенсивной терапии, предупреждение его рецидивов.

Задачи поддерживающей терапии – комплексная диагностика, направленная на выявление совокупности проявлений эмоционально-личностной, когнитивной и речевой дисфункции, характеризующих структуру коммуникативной дезадаптации при заикании, составление индивидуальных программ дифференцированной поддерживающей терапии, выбор оптимальной стратегии их реализации в комплексной системе преодоления заикания, динамическое наблюдение, определение особенностей организации коррекционно-реабилитационного пространства в соответствии с индивидуальными особенностями каждого пациента; обеспечение всесторонней профессиональной поддержки пациентов; предоставление комплекса необходимых медико-психолого-педагогических коррекционных услуг в соответствии с разработанной программой.

Основными принципами реализации программы психолого-педагогического сопровождения стали фундаментальные положения общей, возрастной и специальной психологии, педагогики и логопедии в том числе, единство диагностики и коррекции, мультидисциплинарный подход, преемственность и согласованность взаимодействия специалистов системы комплексного преодоления заикания, системность, непрерывность, интенсивность и длительность коррекционного воздействия, принцип вовлечения в реабилитационный процесс ближайшего окружения пациента. При этом мы выделили четыре этапа реализации программ дифференцированной поддерживающей терапии.

Основная цель первого этапа – формирование группы как непосредственного фактора воздействия (а не только условия проведения лечения). В этот период для ведущего группу психотерапевта или психолога актуальна задача преодоления псевдосплоченности пациентов. Другая важная задача – снятие у заикающихся защитной фиксации на дефекте речи. В решении обеих задач большую роль играет создание в группе с первого же занятия интенсивного невербального (несловесного) взаимодействия. Возникновение между пациентами значимых для них отношений позволяют говорить о сформированности предпосылок для перехода к следующему, второму этапу ведения группы.

На втором этапе происходит реализация указанных

предпосылок, т. е. взаимодействие пациентов приобретает характер лечебного фактора в полном объеме. Второй этап ведения группы отличается выраженным преобладанием интерпретативных методик. Проективное рисование, интерпретация пациентами символических пантомимических действий, обсуждение результатов социометрии, анализ спонтанного поведения участников сочетаются с все возрастающим объемом тематических дискуссий. На первый план выступает задача последовательного создания развернутого коммуникативного портрета каждого участника группы, в основе которого лежит большой объем впечатлений и ощущений, полученных в период интенсивного невербального взаимодействия.

Третий и четвертый этап ведения группы посвящается связи, существующей между коммуникативным портретом, создаваемым в предшествующий период, и теми личностными, биографическими, профессиональными проблемами, которые начинают сознаваться участниками. Накопленный опыт общения помогает каждому участнику в вербализации и осознании его проблем, в их анализе, отреагирование и переосмысление. Полученный опыт может успешно переноситься во вне групповые ситуации, помогая в их решении.

Таким образом, если групповая психокоррекционная работа проводилась планомерно и эффективно, окончание курса лечения и отрыв от группы происходит достаточно безболезненно. В дальнейшем не исключаются индивидуальные встречи с психотерапевтом или психологом.

Сведения о динамике в развитии когнитивной, речевой и эмоционально-личностной, изменения показателей, отражающих частоту возникновения рецидивов заикания, позволяет подтвердить правильность выдвинутой нами гипотезы.

Литературы:

1. Шевцова Е.Е. Психолого-педагогическая диагностика и коррекция заикания. – М.: В. Секачев, 2009.
2. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. – СПб, 1997.
3. Визель Т.Г. Ритм речи и его нарушения // XV съезд оториноларингологов России. 1995. Т. 2.
4. Романенко О.К. Гештальттерапия. – М., 1994.
5. Шкловский В.М. Заикание. – М., 1994.

РЕЗЮМЕ

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЗАИКАНИЯ.

Джаниева Т.С., Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Шевцова Е.Е.

Применение в комплексной системе преодоления заикания вариативных стратегий поддерживающей терапии, учитывающих индивидуальность соотношения речевой, когнитивной и эмоционально-личностной дисфункции пациентов, позволит повысить ее эффективность.

ТҮЙІНДЕМЕ

КЕШЕНДІ ЖҮЙЕДЕГІ КЕКЕШТІКТІ ЖЕҢУДЕГІ ҚОЛДАУШЫ ТЕРАПИЯ.

Джаниева Т.С., Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Шевцова Е.Е.

Қолдаушы терапия емделушінің кешенді жүйедегі кекештікті жеңудегі когнитивті дисфункциясының ара-қатынасының сөздің даралығын, когнитивті және пациенттің эмоционалды-жеке тұлғаның дисфункциясының тиімділігін жоғарлатуына бағытталған.

SUMMARY

SUPPORTIVE THERAPY IN COMPLEX SYSTEMS OVERCOME STUTTERING.

Dzhanieva T.S., Bulekbayeva Sh.A., Baiserkina F.D., Shevtsova E.E.

Used in an integrated system to overcome stuttering variativnyh maintenance therapy strategies that take into account the individuality of the relation of speech, cognitive, emotional, and personality dysfunction patients, will improve its effectiveness.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИКИ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ НА ПРАКТИКЕ В УСЛОВИЯХ АО РДРЦ.

Есимова С.Н., Калмагамбетова М., Смагулова И.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана.

Ключевые слова: игровая терапия, реабилитация, двигательные навыки, сенсорные упражнения, сенсорная интеграция.

Актуальность. Обогащение чувственного опыта детей, создание связей в головном мозге, путем игровых занятий, сенсорных упражнений, продуктивной деятельности с песком, сыпучими, природными материалами, знакомство со свойствами, текстурами.

Цель: улучшить способности сенсорной обработки мозга через обеспечение вестибулярной, тактильной и проприоцептивной стимуляции.

Игровая терапия является одним из методов игровой терапии психолого-педагогической коррекции поведения, а также работы с эмоциональными состояниями. В основе игровой терапии лежит использование методики «Сенсорная интеграция», разработанный американским трудотерапевтом Д. Айресом. Эффективность, уникальность этой методики в том, что через игровую терапию ребенок не только проигрывает стрессовые ситуации и не только развиваются коммуникативные, игровые навыки, но и оказывает лечебное воздействие на все органы чувств.

Результаты и обсуждения. В процессе игры взаимодействуя с ребенком, педагог дает свободу, возможность самому оценивать свое поведение, понять самому свой творческий потенциал. Под словом «игра» нельзя говорить что – то определенное, конкретное. Любая игра содержит в себе элементы других видов деятельности, а значит, обладает возможностью приобщать ребенка, к какому – либо виду деятельности, и тогда ребенок овладевает новыми навыками, умениями. В процессе игры ребенок незаметно осваивает то, что было трудно ранее. Дети с ДЦП имеют те же основные потребности, что и здоровые дети. Им необходима любовь, чувство защищенности, стимул и возможность познания окружающего их мира. Основной способ познания окружающего мира происходит через игру. Именно во время игр мозг ребенка получает сенсорный опыт и часто детям бывает этого достаточно. Используя игры, как средство лечебного воздействия на ребенка в своей работе превращая реабилитацию в игру. Весь смысл терапии в этой методике сводится к научению ребенка реагировать, на то, что раньше малыш не реагировал, ощущать то, что не ощущал, чувствовать то, что не чувствовал, но, что важно ощущать, реагировать и чувствовать для того, чтобы адекватно воспринимать окружающую действительность.

Данная методика выполняется сенсорной стимуляцией на все анализаторы ЦНС в нескольких направлениях. Цели и задачи такие же, как и для здоровых детей, а методы и приемы имеют свою специфику. Игрушки, пособия, используемые, в процессе работы по сенсорному упражнению или игровому занятию, приносят чувства радости

детям, повышают двигательную функцию ребенка, тактильную чувствительность, проприоцептивную систему. То есть в первую очередь нужно подбирать игрушки, стимулирующие его к движению и исследованию окружающего пространства для того, чтобы развивать все органы чувств одновременно.

Каждый ребенок индивидуален и имеет свои особенности развития. Кому-то необходим акцент на игрушки, развивающие зрение, кому – то на мелкую моторику, кому-то на развитие двигательных способностей. А, как использовать методику сенсорной интеграции в работе с детьми с тяжелыми и множественными нарушениями физического и/или психического развития?

Дети с таким диагнозом не могут интерпретировать сенсорную информацию, поступающую из внешней среды окружающего ребенком пространства.

Для таких детей строим коррекционную работу, диагностируя по пятибалльной шкале Л.Д. Потехина. Оцениваем проприоцептивную систему (глубокую чувствительность). Изучение глубокой чувствительности проводится путем определения положения конечности и формы локомоции при закрытых глазах, ощущения давления в различных участках тела – на мышцы, связки. Все это проводится в игровой форме. От занятия к занятию у ребенка улучшается пространственная ориентация, моторика.

Например:

- Если это ребенок с гипофункцией тактильной сенсорной системы, то у него есть возможность выбрать блок игр на развитие ощущений.

-Банк тактильных ощущений - (поиграть с упрругим, мягким, шершавым мячиком, играть с песком, и получать ощущение, играя с сенсорной коробкой шкурка, кожи, шерсти, поролон, меха, разные текстуры тканей, массажеры).





- Ребенок с гипофункцией обонятельной сенсорной системы предлагаем игры на обоняние «Фруктовый рай», «В саду ли, в огороде», «Съедобное, не съедобное».

- Ребенок с гипофункцией слуховой системы у ребенка всегда есть возможность взять различные шумовые игрушки, либо прослушивание музыки, нужно, как можно раньше приучать к исследованию предмета ощупыванием. Детей учат использовать прошлый опыт, сопоставлять ощущения с образами.

- чтобы мозгу организовать и переработать проприоцептивную систему нужно сильное давление. Это надавливание большими мячами, лежачего ребенка на плоскости, компрессным сжиманием каждого пальца кисти рук, вибрация массажером.



В свою очередь, формирование движений кисти тесно связано с созреванием двигательного анализатора, развитием зрительного восприятия, различных видов чувствительности, гнозиса, праксиса, пространственной ориентации, координации движений.

Перед проведением работы по формированию функциональных возможностей кистей и пальцев рук необходимо добиваться нормализации мышечного тонуса верхних конечностей. Расслаблению мышц способствует потряхивание руки по методике Феликса (захватив предплечье ребенка в средней трети, производятся легкие качающиеся потряхивающие движения).

Далее проводится массаж и пассивные упражнения кистей и пальцев рук:

- поглаживающие, спиралевидные, разминающие движения по каждому пальцу от кончика к основанию;
- поглаживание и похлопывание тыльной поверхности кисти и руки (от пальцев до локтя);
- похлопывание, покалывание, перетирание кончиков пальцев, а также области между основаниями пальцев;

- похлопывание кистью ребенка по руке педагога, по мягкой и жесткой поверхности;
- вращение пальцев (отдельно каждого); круговые повороты кисти; отведение - приведение кисти (вправо-влево); движение супинации (поворот руки ладонью вверх) - пронации (ладонью вниз). Супинация кисти и предплечья облегчает раскрытие ладони и отведение большого пальца (игра «покажи ладони», движения поворота ключа, выключателя);

- щеточный массаж (тыльной поверхностью кисти от кончиков пальцев к лучезапястному суставу, а также кончиков пальцев). Используются щетки различной жесткости;
- противопоставление большого пальца остальным (колечки из пальцев);
- противопоставление (соединение) ладоней и пальцев обеих рук.

Учитывая дородовое формирование, развитие тактильной, проприоцептивной, вестибулярной, сенсорной системы, терапия сенсорной интеграции направлена в основном на развитии взаимодействия между тактильной, проприоцептивной и вестибулярной, сенсорной системами, как предпосылки формирования других чувств. А, именно обоняние, слуховые и зрительные анализаторы.

Коррекционно - развивающую работу в данном направлении можно проиллюстрировать следующим комплексом специальных игр и упражнений. В процессе игры используется очень много пособий, такие как:

- воздушная среда (вентилятор, ароматические масла).
- зрительная среда - (двухметровый пузырьковый столб, фонарики, светящиеся мячи, фольга, цветные прищепки, зеркальце).
- слуховая среда - (погремушки, шумовые баночки, звучащие коробочки, детские музыкальные инструменты).
- банк обонятельных ощущений - (флакончики с запахами, свежие фрукты и некоторые овощи, ароматизаторы).



Такая форма работы реализуется через совместную диагностику, совместное обсуждение, выработку рабочей структуры.

Обязательным элементом коррекционной работы является обучение родителей приемам комплексной коррекционной работы для последующего самостоятельного выполнения их дома, проводится обучение сопровождающего лица ребенка.

Таким образом, исходя из вышеописанного своеобразия сенсорной интеграции детей рассматриваемой категории, очевидно, что слабое развитие восприятия оказывается одной из основных причин замедленного овладения какой-либо деятельностью. Под влиянием сенсорных упражнений в мышцах, сухожилиях, суставах возникают нервные импульсы, направляющиеся в ЦНС и стимулирующее развитие двигательных зон мозга. От занятия к занятию ребенок учится интерпретировать сенсорные отклики и адаптироваться на новых и новых, более современных уровнях. Используя инновационные технологии, дети проявляют больше интереса к таким занятиям и упражнениям, за счет этого повышается двигательная активность, ощущения, чувствительность, обоняние, осязание. В процессе реабилитации нормализуется, снижается мышечный тонус, уменьшаются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать положение различных звеньев тела и свои движения, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию двигательных навыков.

Литература:

1. Айрес Д. Сенсорная интеграция.
2. Клейменова И.С., Скворцов И.А. Проприоцептивная система.
3. Шкала Потехина Л.Д.
4. Хейди М. Сандерс. Что такое сенсорная интеграция?

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИКИ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ НА ПРАКТИКЕ В УСЛОВИЯХ АО РДРЦ

Есимова С.Н., Калмагамбетова М., Смагулова И.

В статье рассматривается эффективность и роль методики сенсорной интеграции в процессе игровой терапии в психо – неврологическом отделении «Кадам» от 3 – 4 лет жизни.

ТҮЙІНДЕМЕ

АҚ «РБОО» ШАРТТАРЫНЫҢ СЕЗГІШ ШОҒЫРЛАНУ ӘДІСТЕМЕ ТИІМДІЛІГІНІҢ САРАПШЫЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ.

Есимова С.Н., Калмагамбетова М., Смагулова И.

Мақалада ойын терапиясы кезінде сенсорлы ықпалдасу әдісінің пайдасы мен қажеттілігі қаралады.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF METHODS OF SENSORY INTEGRATION IN PRACTICE IN THE AO RDRTS.

Esimova S. N., Kalmagambetova M., Smagulova I.

The article examines the efficiency of the methodology and the role of sensory integration in the process of play therapy in psycho - neurological department «Kadam» from 3 - 4 years.

ПРОГРЕССИВНАЯ МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ ПО Э. ЯКОБСОНУ (Э. Джекобсон)

Естаев А.С.

АО «Республиканский Детский Реабилитационный Центр» г. Астана

Ключевые слова: прогрессивно-мышечная релаксация, нервно-мышечная релаксация, Э. Якобсон, генерализация эффекта релаксации

Актуальность. Прогрессивно (нервно-мышечная) релаксационная техника была разработана американским доктором Эдмундом Якобсоном в конце 30х годов XX века. Принципы этой техники основаны на простом физиологическом факте: после периода напряжения любая мышца автоматически расслабляется. Из вышесказанного следует, чтобы добиться глубокой релаксации всех мышц организма, нужно одновременно или последовательно сильно напрягать все эти мышцы.

Эта техника первоначально предназначалась для пациентов больниц, испытывавших психо-эмоциональное напряжение. Э. Якобсон обратил внимание на то, что напряженные пациенты не могут быстро и в полной мере расслабиться. Он заметил это по таким признакам, как например наморщенный лоб. Пытаясь избавиться от подобного остаточного мышечного напряжения, Э. Якобсон решил обучать своих пациентов упражнениям, в которых требовалось сначала напрячь определенную группу мышц, а затем расслабить, переходя от одной группы мышц к другой группе мышц. Эти упражнения обычно включают изотонические и (или) изометрические сокращения мышц. Регулярное повторение упражнений помогало снизить нервную активность и сократительное напряжение поперечно-полосатой скелетной мускулатуры.

Цель. Обучение адекватно чувствовать разницу нервно-мышечных ощущений, научиться эффективно снижать чрезмерное мышечное напряжение посредством сознательного и постепенного расслабления мышц

Расширение спектра реабилитационных услуг, использования упражнения для уменьшения напряжения в паретичных конечностях.

Результаты и обсуждение. Основным действием прогрессивно-мышечной релаксации заключается в том, что пациент обучается различать напряжение и расслабление мышц. Это обучение основано на расширении осознания больным проприоцептивной нервно-мышечной импульсации, возникающей на уровне периферических мышц и увеличивающейся по мере напряжения поперечно-полосатой мускулатуры.

Начинать сеанс необходимо с расслабления нижних частей тела и заканчивать лицом. Это делается из-за того, что после напряжения и расслабления мышц нужно постараться не допустить их повторного напряжения, а мышцы лица наиболее подвержены повторному напряжению (искажаем лицо при сильном напряжении).

После того как пациенты обучаются адекватно воспринимать нервно-мышечные ощущения, они могут научиться эффективно снижать чрезмерное мышечное напряжение посредством сознательного

и постепенного «отпускания» или снижения степени напряжения в избранных мышцах.

Важнейшим аспектом при занятиях релаксацией является генерализация, то есть распространение эффекта релаксации. Дело в том, что несистематические и поверхностные занятия прогрессивно-мышечной релаксацией дают лишь временный, неполный эффект. И только регулярные занятия по правильной методике приводят к стойкой генерализации эффекта — тогда у человека стойко снижается мышечное (и, следовательно, психическое) напряжение.

Нижеследующие инструкции, разработанные Э. Якобсон и его последователями рекомендуют сильно напрягать каждую мышцу в течение 5—10 секунд, а затем в течение 15—20 секунд концентрироваться на возникшем в ней чувстве расслабления. Э. Якобсон разработал около 200 специальных упражнений для максимального напряжения разных мышц, включая самые мелкие. Но в современной реабилитации принято упражнять от 20 до 60 групп мышц последовательно, в зависимости от заболевания.

Процедура релаксации

Перед началом упражнения убавьте или погасите свет. Убедитесь, что там, где вы находитесь, вас никто не потревожит хотя бы в течение 15 минут. Найдите удобное положение — желательно такое, чтобы ваша голова имела опору. Подойдут раскладной стул или кровать. По ходу упражнения ваша единственная цель будет заключаться в том, чтобы добиться напряжения и расслабления в каждой группе мышц и увидеть разницу между двумя ощущениями. Никогда не напрягайте мышцы до ощущения боли

Вначале устройтесь как можно удобнее и закройте глаза. Начните с нескольких глубоких естественных вдохов. Сфокусируйтесь на своем дыхании. Скажите себе, что дыхание и расслабление — единственные вещи, о которых вам нужно думать именно сейчас. Очистите свое сознание. Все прочее, о чем вы беспокоитесь или должны были сделать сегодня, может подождать, пока вы не закончите. Пусть это время будет вашим. Разрешите себе уделить время расслаблению и приятному переживанию чувства расслабленности, которое вы вызовете.

Желательно записать ниже изложенную инструкцию на диктофон и воспроизвести во время занятия с учетом временных интервалов, можно добавить фоновую музыку (для медитации) или звуки природы.

1. Сделайте три глубоких брюшных вдоха, медленно выдыхая каждый раз. На выдохе представьте, что напряжение по всему телу начинает утекать.

2. Сожмите кулаки. Удержите сжатие на 10 секунд, затем отпустите на 20 секунд.

3. Напрягите бицепсы, начиная с предплечий вверх к плечам. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд.

4. Напрягите трицепсы - мышцы на нижней

стороне ваших плеч. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд.

5. Напрягите мышцы лба, поднимая брови, насколько вы можете. Держите 10 секунд, а затем расслабьтесь на 20 секунд. Ощутите гладкость расслабленного лба.

6. Напрягите мышцы вокруг глаз, сжимая веки. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд. Почувствуйте приятное ощущение расслабления.

7. Напрягите челюсти, открыв рот так широко, как будто вы пытаетесь растянуть мышцы вокруг шарниров вашей челюсти. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд. Дайте губам приоткрыться, а нижней челюсти немного провиснуть.

8. Напрягите мышцы в задней части шеи, потянув голову чуть назад, как если бы вы собирались потрогать головой спину (будьте аккуратнее с этой группой мышц, чтобы избежать травм). Сосредоточьтесь только на напряжении мышц шеи. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд.

9. Сделайте несколько глубоких вдохов и дайте вашей голове под собственным весом как бы погрузиться в то, на чем она покоится.

10. Напрягите плечи, поднимая их вверх, как будто вы собираетесь коснуться ваших ушей. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд.

11. Напрягите мышцы вокруг лопаток, отведя лопатки назад, как будто вы собираетесь свести их вместе. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд.

12. Поднимите мышцы груди с помощью глубокого вдоха. Задержитесь на 10 секунд, затем медленно выдохните. Представьте себе как напряженность в груди утекает с выдохом.

13. Напрягите мышцы живота, максимально втянув ваш живот. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд. Представьте себе теплую волну расслабления, которая разливается по брюшной полости.

14. Напрягите нижнюю часть спины, выгибая ее. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд.

15. Напрягите ягодичные мышцы, сведя их вместе. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд. Ощутите ягодичцы свободными и мягкими.

16. Сожмите мышцы бедер. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд.

17. Напрягите мышцы икр, потянув носки стоп к себе. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд.

18. Напрягите ноги, вытягивая носки стоп вниз. Держите напряжение 10 секунд. Расслабьте на 20 секунд.

19. Мысленно осмотрите тело в поисках любого остаточного напряжения. Если конкретная область остается напряженной, повторите один или два цикла напряжения и расслабления для этой группы мышц.

20. Теперь представьте себе волну расслабления, которая медленно распространяется по всему вашему телу, начиная с головы и постепенно проникает все группы мышц до кончиков пальцев рук и ног.

Выводы: Описывая результаты прогрессивно – мышечной релаксации, отмечают, что расслабление скелетных мышц способствует расслаблению всей мускулатуры, а также пищеварительной и сердечно-сосудистой систем. А так же релаксация помогает при головных болях, мигренях и болях в спине. Последствия мышечных зажимов и нерационального мышечного напряжения могут быть нивелированы или, по крайней мере, смягчены с помощью регулярных занятий нервно – мышечной релаксацией. Используется как предупреждения повторных случаев инфаркта миокарда, инсультов, пациентам после эндопротезирования, а также пациентам с ДЦП, для самостоятельного контроля расслабления и сокращения мышц.

Литература:

1. Stephen M. Auerbach Florida State University «Методика прогрессивно-мышечной релаксации».
2. Мария Диденко «О методе Якобсона или Прогрессивная мышечная релаксация» (алгоритм упражнения).
3. Гринберг Дж. С. Управление стрессом. – СПб.: Питер, 2002.
4. Лекционный материал на тему «Реабилитационные мероприятия в клинике Йоханнесбад» автор доктор Игорь Мельников г. Бадфуссинг 2013г.

РЕЗЮМЕ

ПРОГРЕССИВНАЯ МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ ПО Э. ЯКОБСОНУ.

Естаев А.С.

В статье говорится о принципах действия прогрессивно – мышечной релаксации по Э. Якобсону, и возможности использования этой методики в реабилитации постинсультным, постинфарктным и ДЦП пациентам.

ТҮЙІНДЕМЕ

Э. ЯКОБСОН БОЙЫНША ПРОГРЕССИВТІ БҮЛШЫҚ ЕТТІ РЕЛАКСАЦИЯ.

Естаев А.С.

Мақалада Э.Якобсон бойынша прогрессивті бұлшық етті релаксацияның әсер ету ұстанымы туралы және инсульт, инфаркт және БЦС ауруларына шалдыққан адамдарды реабилитациялау кезінде осы әдістемені қолдану туралы айтылған.

SUMMARY

PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION E. JACOBSON.

Yestayev A.S.

The article says about the principles of progressive - muscle relaxation by E. Jacobson, and the possibility of using this technique in the rehabilitation of post-stroke, post-infarction and cerebral palsy patients.

ДИЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОТРОФИИ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДИСФАГИЕЙ.

**Жаныбекова С.А., Оспанова Ш.Х., Руденко Л.Н.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана.**

Ключевые слова: гипотрофия, дисфагия, диетическая коррекция.

Актуальность. Вопросы снижения заболеваемости и детской смертности являются важнейшими в педиатрии, особое значение занимает проблема ведения детей с нарушениями питания.

Распространенность гипотрофии среди детей первых 3 лет жизни в различных странах составляет 7-30%, а смертность при тяжелой степени этого состояния достигает 30% (Шабалов Н.П., 2011). Заболевания, протекающие на фоне гипотрофии, имеют более тяжелое и длительное течение, неблагоприятный прогноз (Каменева О.П., 1996; Кобилова Б.Х., 2002). Гипотрофия определяет не только течение раннего периода жизни ребенка, но его соматическое и нервно-психическое здоровье в дальнейшем (Стрижаков А.Н., 2003; Невская О.В., 2004; Bharmal F.Y., 2001; Cornelio-Nieto J.O., 2007).

Наиболее распространенной формой таких нарушений является гипотрофия - хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела относительно роста, обусловленное недостаточным поступлением в организм питательных веществ или нарушением их метаболизма (Баранов А.А., 2009; Конь И.Я., 2006).

Выделяют экзогенную и эндогенную гипотрофию. Причиной экзогенной гипотрофией является нарушение поступления питательных веществ, что приводит к их дефициту в организме. В настоящее время экзогенная гипотрофия чаще встречается в странах с низким уровнем социально-экономического развития (Михалюк Н.С., 2004; Конь И.Я., 2006). Наиболее актуальной является эндогенная гипотрофия, которая может быть первичной – вследствие нарушения расщепления и всасывания нутриентов, и вторичной, причиной которых могут быть пороки развития внутренних органов, хроническая патология и нарушения обмена веществ (Мухина Ю.Г., 2002; Гаптаров М.М., 2005).

Несмотря на многочисленные исследования патогенеза гипотрофии, на сегодняшний день нет полного понимания причин и следствий изменения метаболизма при эндогенных формах данной патологии. В зависимости от времени возникновения различают пренатальную (врожденную, внутриутробную) гипотрофию и постнатальную (развившуюся после рождения). В основе пренатальных гипотрофий лежит нарушение внутриутробного развития плода вследствие конституциональных особенностей матери, недостаточности плацентарного кровообращения, воздействия инфекционных, наследственных, неблагоприятных социально-экономических, производственных и этиологических факторов (Неудахин Е.В., 2001).

Среди алиментарно-зависимых причин гипотрофии у детей наиболее часто наблюдаются такие факторы,

как нарушение глотания и жевания (дисфагия), потери питательных веществ вследствие срыгивания, рвоты, плохой координации (у детей, питающихся самостоятельно), наличие гастроэзофагеального рефлюкса, который имеет место у 75% детей с ДЦП.

Целью исследования являются индивидуальный подход к ведению детей раннего возраста с гипотрофией, с учетом степени тяжести, клинических проявлений и патогенетически значимых изменений метаболизма.

Материалы и методы исследования: за 7 месяцев 2014 года на реабилитации в АО «РДРЦ» находились 2423 пациента в возрасте с 1 года до 18 лет, из них 94 (3,8%) ребенка с признаками гипотрофии 1-2 степени. В большинстве случаев достаточно было выявить дефекты питания, наладить правильное питание ребенка, соблюдать общий режим и режима питания, после чего дефицит массы тела сводился к минимуму. Прибавка в весе у детей составляла от 500 грамм до 2 кг за время пребывания в Центре.

Результаты и обсуждения. Гипотрофия (нарушение нутритивного статуса) - это состояние, характеризующееся хроническим недостаточным питанием и дефицитом массы тела по отношению к росту и/или по отношению к возрасту. Часто причины взаимосвязаны, оказывают влияние друг на друга, и таким образом формируется порочный круг, который ускоряет прогрессирование гипотрофии. В качестве примера: из-за неправильного питания начала развиваться гипотрофия, инфекционные заболевания способствовали ее усилению, что, в свою очередь, привело к дальнейшему нарушению питания и усвоению пищи. Также гипотрофия может развиваться у детей при неправильной тактике основного заболевания, например, при длительном проведении водно-чайной паузы у детей с диареей или значительно ограниченном питании у детей с пищевой аллергией. У здоровых детей грудного возраста причиной гипотрофии возможна, поздно выявленная гипогалактия у матери, либо использование в качестве заменителей грудного молока, неадаптированных молочных продуктов. Выявляются случаи нарушения питания вследствие недостаточных знаний матери о потребностях детей конкретной возрастной группы.

Тем не менее в большинстве случаев причиной развития гипотрофии у детей являются различные заболевания. Целый ряд тяжелых хронических заболеваний (муковисцидоз, хронические заболевания, легких, врожденные пороки сердца, неврологические нарушения, болезнь Крона) сопровождается развитием гипотрофии у детей.

В целом все причины развития гипотрофии при заболеваниях у детей можно условно разделить на 4 группы:

- недостаточное и несбалансированное питание,

нарушение режима;

- нарушения глотания вследствие затруднения приема пищи: тяжелая болезнь, дисфагия, рвота, ДЦП;

- повышенные потребности в питании: недоношенные дети, врожденные пороки сердца, хроническая патология легких (bronхолегочная дисплазия, муковисцидоз), период реабилитации после тяжелых инфекций, сопровождающихся катаболическим стрессом и др.;

- нарушение переваривания и усвоения пищи: синдром мальабсорбции, все виды поражения ЖКТ (после хирургических операций, при воспалительных заболеваниях кишечника, синдромом кишечной потери протеина).

Для детских неврологов большое значение имеют приобретенные гипотрофии при ДЦП, которые зачастую определяются течением самой болезни (повышенным расходом энергии, снижением мышечной и/или жировой массы, поведенческими особенностями, неспособностью адекватно воспринимать, ассимилировать и утилизировать пищевые вещества). Развитие гипотрофии, нарушение роста и развития детей - последствия неадекватного поступления пищи - дисфагии (нарушение жевания и глотания). Серьезным осложнением дисфагии является аспирация, при котором в бронхи и легкие попадают кусочки пищи, бактерии, вызывающие процесс воспаления (пневмония, абсцессы), утяжеляющий состояние больного. Особенностью аспирации при дисфагии является отсутствие кашлевого рефлекса, что препятствует постановке диагноза и адекватного лечения.

Ведение больного с дисфагией требует мультидисциплинарного подхода, привлечения специалистов различного профиля: хирурга, невропатолога, отоларинголога, при необходимости других специалистов. При тяжелой дисфагии, делающей невозможным питание через рот, используют назогастральный зонд.

Питание больного через рот можно условно разделить на 4 ступени в зависимости от тяжести дисфагии:

- 1-я ступень – не назначается вода и другие жидкости, используется пюреобразная пища, загустители;
- 2-я ступень – основу рациона составляет пюре с добавлением густой жидкости, но без воды;
- 3-я ступень – мягкая пища, включение жидкости;
- 4-я ступень – любая пища в мягкой форме.

Основные требования к питанию детей с дисфагией – это использование питания с измененной текстурой (более плотные питательные смеси, жидкие пюре, желеобразные формы пищи). При этом необходимо обеспечить достаточное потребление всех пищевых веществ. Не следует использовать в рационе детей с дисфагией пищу, которая не формирует гладкий пищевой комок, например, рис, другие рассыпчатые каши, горох, кукурузу, некоторые овощи. С целью коррекции нутритивного статуса применять специализированные смеси на основе гидролизата белка: «Клинутрен», «Нутрини», «Нутриен Юниор» и др.

Лечение гипотрофии должно быть направлено на ликвидацию первичного заболевания, а также

вторичных инфекций, - иначе оно не может быть эффективным.

Другим важнейшим мероприятием является создание оптимальных гигиенических условий и ухода; ребенок должен быть огражден от возможности какой-либо иной инфекции или нагрузки. В таких условиях - в случае простой гипотрофии - калорийность пищи можно постепенно увеличить с 80 до 120-160 кал/кг.

В особой диете обычно нет необходимости, но вначале целесообразно использовать обедненные жирами и обогащенные сахаром или медом молочные продукты. Доля углеводов в рационе может быть выше обычной. На 1 кг фактического веса ребенок должен получать белка 4,5 г, жира 5-6 г, углеводов 16 г, увеличение содержания белка в диете может быть достигнуто за счет введения свежего протертого творога (5 г 2-3 раза в день) и других продуктов, соответственно возрасту. Целесообразно раннее (с 4-4,5 мес.) назначение овощных отваров и супов (морковный суп Моро). Режим кормления: пища дается через 2-2,5 часа. Витамины вводят в удвоенной или утроенной суточной дозировке. Стимулирующая терапия включает переливание плазмы (5-7 мл на 1 кг веса через 3-4 дня), крови (5-7 мл/кг с интервалом 5-7 дней), аминостимулина (10 инъекций по 20 мл внутривенно). Показано применение апилака 0,01 в таблетках 2 раза в день 2-3 недели, пепсина с соляной кислотой, натурального желудочного сока, панкреатина. В упорных случаях могут быть применены анаболические стероиды (метиландростендиол, дианабол, неробол 0,1 мг на 1 кг веса в течение 4 недель). В тяжелых случаях или при гипотрофии особого происхождения следует удовлетвориться более медленными темпами восстановления веса; лечебные мероприятия должны соответствовать конкретной обстановке.

При организации питания детей с неврологическими нарушениями вначале следует наладить адекватное поступление пищи. Для детей младше 5 лет назначают терапию, помогающую улучшить навыки приема пищи, периодически контролировать характер ребенка. Участие опытного детского психолога помогает справиться с поведенческими нарушениями.

В результате командного контроля специалистов за адекватным питанием ребенка отмечается прибавка в весе у детей от 500 грамм до 2 кг за время пребывания в центре.

Таким образом, оценка состояния питания при группе неврологических болезней имеет особое значение. При осмотре пациентов неврологом следует оценивать комплекс антропометрических показателей, общее состояние питания, наличие навыков самообслуживания (применительно к приему пищи), поведенческие особенности ребенка. Усилия врача должны быть нацелены на решение проблем, имеющих отношение к питанию, в наименьшей степени, чем на восстановление дефицитарных неврологических функций. Критериями адекватности нутритивной поддержки являются улучшение аппетита, общего самочувствия, двигательной активности, прибавки массы тела.

Литература:

1. Ладодо К.С. Клиническая диетология детского возраста: руководство для врачей. «Медицинское информационное агенство», 2008.
2. Студеникин В.М.. Нейродиетология детского возраста. «Династия», 2012.
3. Ладодо К.С. Руководство по лечебному питанию, «Медицина», 2010.

РЕЗЮМЕ

ДИЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОТРОФИИ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДИСФАГИЕЙ.

Жаныбекова С.А., Оспанова Ш.Х., Руденко Л.Н.

В результате командного контроля специалистов за адекватным питанием ребенка отмечается прибавка в весе у детей от 500грамм до 2 кг за время пребывания в Центре.

ТҮЙІНДЕМЕ

ГИПОТРОФИЯНЫҢ ДИСФАГИЯМЕН КЕСІМДІ ЕМДӘМДІК КОРРЕКЦИЯСІ.

Жаныбекова С.А., Оспанова Ш.Х., Руденко Л.Н.

Мамандардың топтық тексерісі нәтижесінде балалардың орталықта болған кезінде адекваттық нәрісінен кейін үстеме салмақтың 500граммнан 2 келіге дейін қосылғаны байқалды.

SUMMARY

DIETARY GIPOTROFII CORRECTION DUE DYSPHAGIA.

Zhanybekova S.A., Ospanova Sh.Kh., Rudenko L.N.

As a result, the command control specialists for adequate nutrition for children have a weight gain in children from 500gramm to 2 kg during his stay at the Center.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП НА ОСНОВЕ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНОТЕРАПИИ, ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ЛФК.

**Жилкибаева С.А., Булекбаева Ш.А., Чемерис А.В., Тайтубаева Г.К.,
Артыкбаева Н.С., Кенжебекова М.О., Амирова А.Т., Тажибаева Д.Т.,
Жарекеева М.Ш.**

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Ключевые слова: подводный душ-массаж, ЛФК, ДЦП, ботулинотерапия.

Значение спастичности в патофизиологии ДЦП особенно велико, если рассматривать влияние спастичности на формирование патологического двигательного стереотипа от минимального повышения мышечного тонуса в раннем возрасте до формирования контрактур в поздней резидуальной стадии заболевания. На ранней стадии болезни нарушения мышечного тонуса верхних и нижних конечностей у детей при ДЦП приводят к ограничению функциональных возможностей пациента, затрудняют его самообслуживание, нарушают овладение навыками передвижения, в том числе ходьбы и приводят к необходимости использования дополнительных средств опоры при передвижении, что в итоге создает двигательный дефицит. Со временем формируются патологические установки в вертикальном положении, приводящие к формированию контрактур, подвывихов и вывихов суставов.

По данным Национального генетического Регистра Республики Казахстан ежегодно в Казахстане рождается от 2000 до 3500 детей с врожденной и наследственной патологией, что составляет 20,0-24,3 на 1000 новорожденных. По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан частота перинатальных поражений центральной нервной системы составляет 7,5-22,4% в структуре заболеваемости детей этой возрастной категории. Это положение определяется как социальное явление, имеющее тенденцию к росту, поскольку к 2015 году ожидается увеличение ППЦНС на 11%. В структуре детской инвалидности лидирующее положение (от 30% до 70%) занимает ДЦП. В Казахстане, по данным статистики, на учете состоит более 44 тысяч детей-инвалидов, из них свыше 10 тысяч детей с диагнозом детский церебральный паралич. Данные по частоте ДЦП колеблются в широком диапазоне, в среднем составляет 2,0-5,9 на 1000 родившихся.

По данным зарубежных авторов, распространенность ДЦП в педиатрии в мире варьирует в диапазоне от 2 до 5 случаев на 1000 (в среднем 2,5 на 1000 родов). В группе недоношенных детей частота ДЦП составляет 1 % при этом у новорожденных с массой тела менее 1500 грамм распространенность ДЦП увеличивается до 5-15%, а при массе тела менее 1000 грамм достигает 25-50% [F.Miller,2005]

Согласно статистическим данным, те или иные формы спастичности различной степени

выраженности встречаются у 85,5% больных ДЦП. Подходы к лечению спастичности при ДЦП зависят от того на какие мышечные группы или сегменты тела распространена спастичность и какова ее степень выраженности. Основопологающим в лечении спастичности у детей является мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов разного профиля: невролога, ортопеда, врача ЛФК, физиотерапевта, нейрохирурга, логопеда, психолога и других. Классическое определение спастичности дано J.W.Lance в 1980г: «Спастичность - это двигательное нарушение, являющееся частью синдрома поражения верхнего мотонейрона, характеризующегося скоростью-зависимым повышением мышечного тонуса и сопровождающееся повышением сухожильных рефлексов в результате гипервозбудимости рецепторов растяжения».

С современных позиций спастичность рассматривается как комбинированное поражение пирамидных и экстрапирамидных структур внутри головного или спинного мозга (Harris S.R., Лисович В.И. 1996). Спастичность значительно ограничивает процесс восстановления нарушенных двигательных функций, часто препятствует реализации сохраненных движений, приводит к образованию контрактур, которые в свою очередь вызывают постоянные изменения в положении суставов, что также ухудшает процесс восстановления моторики (Черникова Л.А., 2003).

Цель физиотерапевтического лечения спастичности:

1. Нормализация функционального состояния ЦНС (регулирование процессов возбуждения и торможения в ЦНС, улучшение кровоснабжения мозговой и мышечной тканей)

2. Улучшение функции опорно-двигательного аппарата (нормализация мышечного тонуса, повышение силы ослабленных мышц, улучшение кровообращения и уменьшения дистрофических изменений в пораженных мышцах и суставах, уменьшение контрактурных изменений)

3. Укрепление соматического и психоэмоционального статуса ребенка.

Препараты ботулинического токсина типа А сегодня входят в базисную терапию локальной спастичности при ДЦП в мировой практике уже более 20 лет [Дутикова, Лильин 2007; Heinen et al., 2010; Leonard, Graham, 2009]. В Центре также используется ботулинотерапия для детей с динамическими и фиксированными спастическими контрактурами, после предварительной оценки степени спастичности

по Модифицированной шкале спастичности Эшуорта (Modified Ashworth Scale for Grading Spasticity), оцениваем степень нарушений двигательной функции, используя шкалу GMFCS (Gross Motor Function Classification System) и определения мышц мишеней. Наиболее частой патологической установкой в нижних конечностях являются приведение бедра, внутренняя ротация бедра, сгибание голени.

При спастических формах ДЦП используют чаще такие мышцы, как большая приводящая мышца (*m. adductor magnus*), для увеличения длины шага, подвздошно-поясничная мышца (*m. iliopsoas*), для выпрямления осанки, камбаловидная и икроножная мышцы (*m. soleus*, *m. gastrocnemius*), опускают стопу, круглый пронатор и бицепс (*m. pronator teres*, *m. biceps brahii*), улучшают пронацию и супинацию верхней конечности. После введения ботулотоксина типа А, на следующий день детям проводим курс последующего восстановительного лечения включающий подводный душ-массаж, проводимый через день, физиотерапию (синусоидальные модулированные токи), ЛФК с применением метода динамической проприоцептивной коррекции (ДПК).

Подводный душ-массаж — водолечебная процедура, в основе действия которого лежат термический и механический факторы. В теплой ванне расслабляется мускулатура, уменьшаются боли. Массаж водяной струей оказывает положительное влияние на трофику тканей. Увеличивается интенсивность крово- и лимфообращения, обменных процессов, ускоряется кровоток, уменьшается выраженность болевого синдрома, рефлекторно-тонических, вегетативно-тонических, вегетативно-сосудистых расстройств, нормализуются реципрокные отношения мышечных антагонистов у больных с гипертонусом мышц. Первостепенное значение имеет гидро-статическое (механическое) давление струи воды на разные участки тела, сила которого дозируется в определенных пределах (до 3 атм). Важную роль играет температура применяемой воды в ванне и струевом душе. Пребывание больного в ванне с теплой водой ведет к расслаблению мускулатуры тела и снижению болевых ощущений, возникающих в результате спастичности, что дает возможность массировать струей воды глубоко расположенные органы и ткани. На месте воздействия появляется выраженная сосудистая реакция кожи и подлежащих тканей в виде активной артериальной гиперемии. Улучшение местного кровообращения обеспечивает трофическое, противовоспалительное и рассасывающее влияние подводного душа-массажа.

Гидромассаж улучшает кровообращение в мышцах, увеличивает их сократительную способность и объем движений в пораженных конечностях. Для повышения терапевтического эффекта часто проводятся рефлекторно-сегментарные воздействия на паравертебральные зоны соответствующих сегментов, а также гидромассаж здоровой конечности или симметричных участков тела. При проведении подводного душ-массажа используют методику укрепления паретичных мышц, расслабление группы спастичных мышц. Продолжительность процедуры обусловлена возрастом пациента и объемом работы

у каждого пациента, составляет от 5 до 15 минут, количество 8 процедур через день. После окончания курса лечения отмечено значительное уменьшение спастичности мышц, улучшение статолокомоторной функции, которое сохранялось длительное время. В результате у всех детей отмечалась положительная динамика в двигательной сфере: улучшение осанки, укрепление мышц спины, улучшилась координация движений, уменьшилась выраженность гиперкинезов, некоторые дети научились самостоятельно вставать с места, более уверенно ходить в ходунках. А также, у детей после проведенных процедур, отмечалась положительная динамика в психоэмоциональной сфере.

Таким образом, применение метода ботулинотерапии у детей с спастической формой ДЦП в курсе комплексного лечения значительно повысило эффективность терапии и улучшило двигательные возможности детей. При этом большое значение имеет преемственность и последовательность применения различных методов и реабилитационных мероприятий на протяжении 24 дневного курса лечения. Применение подводного душ-массажа после инъекций ботулинического токсина типа А, способствует более раннему наступлению терапевтического эффекта ботулинотерапии и снижает частоту побочных реакций в результате ускорения диффузии лекарственного вещества в тканях. Также применение синусоидальных модулированных токов в стимулирующем режиме на гипотоничные мышцы спины способствует улучшению статики и усилению эффекта активных занятий ЛФК (метода динамической проприоцептивной коррекции) является логическим завершением курса лечения и способствует закреплению скорригированного двигательного стереотипа.

Литература:

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей. М., 2000 г., 568с
2. Черникова Л.А. Физиотерапия больных с центральными парезами. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. №2, с 42-49;
3. Булекбаева Ш.А. Лечение спастических форм ДЦП. Нейрохирургия и неврология Казахстана. №2, 2008г
4. Чемерис А.В. Диспорт в комплексной реабилитации детей со спастико-гиперкинетической формой. Астана мед. журнал. №2, 2008г
5. Harris S.R. Early diagnosis of spastic diplegia, spastic hemiplegia, and quadriplegia. *Am.J. Dis. Child.*, 143 (11) 1356-1360.
6. Пчеляков А.В., Годзиев Н.А., Михайленко В.Е. Опыт нейротоксинотерапии в комплексном лечении. Медицинская реабилитация в педиатрии. Материалы научно-практической конференции с международным участием. Евпатория. Вып.7, с.111-113
7. А.М. Гурленя, Г.Е. Багель, В.Б. Смычек. Физиотерапия в неврологии. М.: Мед.лит., 2011-296с

РЕЗЮМЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП НА ОСНОВЕ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНОТЕРАПИИ, ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ЛФК.

Жилкибаева С.А., Булекбаева Ш.А., Чемерис А.В., Тайтубаева Г.К., Артыкбаева Н.С., Кенжебекова М.О., Амирова А.Т., Тажибаева Д.Т., Жарекеева М.Ш.

В данной статье отражены подходы к лечению спастичности у детей со спастической формой детского церебрального паралича в комплексном восстановительном лечении с применением ботулотоксинотерапии, физических факторов и ЛФК, их преемственность и последовательность на протяжении курса лечения.

ТҮЙІНДЕМЕ

БОТУЛОТОКСИНТЕРАПИЯ НЕГІЗІНДЕ ФИЗИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАР МЕН ЕДШ ҚОСАРНАНА ПАЙДАЛАНҒАН КЕЗДЕ БЦС-НЫҢ СПАСТИКАЛЫҚ ТҮРІНДЕ ОҒАЛТУ ЕМІНІҢ ТИІМДІЛІГІ.

Жилкибаева С.А., Булекбаева Ш.А., Чемерис А.В., Тайтубаева Г.К., Артыкбаева Н.С., Кенжебекова М.О., Амирова А.Т., Тажибаева Д.Т., Жарекеева М.Ш.

В данной статье отражены подходы к лечению спастичности у детей со спастической формой детского церебрального паралича в комплексном восстановительном лечении с применением ботулотоксинотерапии, физических факторов и ЛФК, их преемственность и последовательность на протяжении курса лечения.

Жилкибаева С.А., Булекбаева Ш.А., Чемерис А.В., Тайтубаева Г.К., Артыкбаева Н.С., Кенжебекова М.О., Амирова А.Т., Тажибаева Д.Т., Жарекеева М.Ш.

«Бұл мақалада БЦС спастикалық түрімен ауыратын балаларды қалпына келтіру емінде ботулотоксинотерапияны, физикалық факторларды және ЕДШ-ны қолданудың тәсілдері, емдеу курсындағы олардың сабақтастығы және бірізділігі көрсетілген.

SUMMARY

EFFICIENCY OF REHABILITATION TREATMENT OF CHILDREN WITH SPASTIC CEREBRAL PALSY FORMS BASED ON THE COMBINED USING BOTULOTOXIN THERAPY OF PHYSICAL FACTORS AND PHYSICAL THERAPY.

Zhilkiybayeva S.A., Bulekbayeva Sh.A., Chemeris A.V., Taitubayeva G.K., Artykbayeva N.S., Kenzhebekova M.O., Amirova A.T., Tazhibayeva D.T., Zharekeyeva M.Sh.

This article describes the approaches to the treatment of spasticity in children with spastic form of cerebral palsy in rehabilitation treatment using botulotoxin therapy, physical factors, and physical therapy, their succession and sequence during the course of treatment.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП.

**Жумадуллаева К.К., Жангозиева Э.У., Тайтубаева Г.К.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана**

Ключевые слова: ДЦП, реабилитация, антибиотикотерапия.

Актуальность. Антибиотики – это средства, с сильным эффектом воздействия на все органы человека, которые используются в лечении инфекций, вызванные различными бактериями. Все лекарственные препараты имеют как преимущества, так и потенциальный вред. Как показывает практика, пациенты сами настаивают на назначении им антибиотиков и более того широко занимаются самолечением (по данным опроса ЛИАЦ, 2012). Самостоятельное применение лекарственных средств, в особенности антибиотиков, чревато негативными последствиями, которые могут не проявляться сразу. Чрезмерное использование антибиотиков повышает резистентность к противомикробным препаратам, лекарственную устойчивость, и лекарства становятся неэффективными против инфекционных болезней. Это приводит к затяжному течению заболевания, увеличению сроков пребывания в больнице [1].

Побочные реакции на антибиотики, вызванные неправильным использованием могут проявляться аллергическими реакциями на лекарства - анафилактический шок, кожные реакции, возникающие

непосредственно после введения препарата или через несколько дней (волдыри, эритема, крапивница и др). Иногда аллергические реакции протекают с явлениями отека лица (отек Квинке), языка, гортани, сопровождаются конъюнктивитами, болями в суставах, повышением в крови количества эозинофилов, реакцией со стороны лимфатических узлов и селезенки, на месте введения у больных может развиваться некроз тканей, что может привести к увеличению болезней, страданий и смерти[2].

Каждый из антибиотиков обладает токсическим влиянием на печень, почки или другие органы. Возможно токсическое воздействие антибиотиков на нервную систему (полиневриты, параличи при попадании препарата в нервный ствол, невриты слухового нерва вплоть до полной глухоты), на кровь, костный мозг. Это действие на прямую зависит от дозы и длительности применения препарата [3].

Тератогенное действие антибиотиков связано с проникновением последних через плацентарный барьер. Описаны случаи поражения слуха у детей, рожденных от матерей, которые лечились во время беременности стрептомицином, слуха и почек при применении антибиотиков группы аминогликозидов.

Замедление скелетообразования у плода отмечено в некоторых случаях, когда беременные принимали тетрациклин. В связи с токсическим действием на плод некоторых антибиотиков противопоказано применение во время беременности левомицетина, тетрациклинов, стрептомицина, аминогликозидов [4].

Для поддержания и сохранения защитной работы иммунной системы необходимо уметь «помогать» организму своевременно. Бесконтрольное применение антибиотиков является первым шагом к ослаблению иммунной системы человека, вызывая устойчивость организма к сильным лекарственным средствам. Именно поэтому нельзя воспринимать антибиотики, как «скорую помощь» при любых недомоганиях.

Материалы и методы исследования: взяты ретроспективные данные в возрасте с 1 года до 18 лет за 6 месяцев 2013 и 2014 года. Среди пациентов с ДЦП переболели за 6 месяцев 2013г. - 1641 детей, из них получали антибиотикотерапию – 248 (16%) детей, а в 2014 г переболели - 1519 детей, из них получали антибиотикотерапию – 221 (15%) детей.

Учитывая тяжесть течения заболевания у детей с неврологической патологией, частыми осложненными течениями простудных заболеваний, часты использования парентерального введения антибактериальных препаратов. До назначения лекарственного средства берется бактериальный посев на чувствительность к антибактериальным препаратам, при этом определяется частота высеваемости бактериальной инфекции и необходимость в назначении антибиотиков по степени чувствительности.

В 50% случаев отмечается пероральное применение антибактериальных препаратов при лакунарной ангине, гнойном отите, остром ларингите, инфекции мочевых путей.

У детей с неврологической патологией наиболее эффективным является парентеральное использование антибактериальных препаратов в связи с частыми аллергическими реакциями и непереносимостью препаратов пероральных (тошнота, рвота), дисфагией, осложнениями (гнойные ангины, обструктивные бронхиты бактериальной этиологией, гнойные отиты и мезатимпаниты, реже пневмонии, чаще у детей с застойными явлениями в легких) развивающимися на 3-4 сутки после начала применения антибактериального препарата. Применение антибактериальной терапии приводило к улучшению состояния и выздоровлению детей.

Выводы. Таким образом, учитывая тяжесть течения заболевания у детей с неврологической патологией, частыми осложненными течениями простудных заболеваний, применялись парентеральные введения антибактериальных препаратов. После применения антибиотиков отмечалось улучшения состояния и выздоровление детей.

Литература:

1. Лильин Е.Т., Крутякова Е.Н., Зайцева Е.А. Особый ребенок. Знайте и умеете//Детская и подростковая реабилитация. - 2006. - №1(6). - С. 3-50.
2. Журба Л.Т., Тимонина О.В. Принципы ранних лечебно-коррекционных мероприятий у детей с факторами риска развития детского церебрального паралича //Детская и подростковая реабилитация. - 2004. -№ 2(3). - С. 58-60.

3. Яцык Г.В., Бомбардинова Е.П., Акоев Ю.С. и др. Реабилитация недоношенных детей с перинатальной патологией на протяжении первого года жизни // Детская и подростковая реабилитация. - 2004. - № 2(3). - С. 11-21.

4. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. - М.: Триада-Х, 2001. - 640 с.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП.

Жумадуллаева К.К., Жангозиева Э.У., Тайтубаева Г.К.

Среди пациентов с ДЦП получали антибиотикотерапию в 2013 году – 248 детей (16%), а в 2014 году - 221 детей (15%). Учитывая тяжесть течения заболевания у детей с неврологической патологией, частыми осложненными течениями простудных заболеваний, часты использования парентерального введения антибактериальных препаратов. После применения антибиотиков отмечалось улучшения состояния и выздоровление детей.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ПАРАЛИЧПЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРҒА АНТИБИОТИКТЕРДІ ҚОЛДАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Жумадуллаева К.К., Жангозиева Э.У., Тайтубаева Г.К.

Балалардағы церебральды параличпен емделушілердің арасындағы антибиотик емін алғандар 2013 жылы - 248 балалар (16%), ал 2014 жылы - 221 (15%). Парентералды антибактериальды дәрілік заттар балалардағы неврологиялық патологиясының ағысының ауырлануы, жиі тым ауруының асқынуы кезінде қолданылады. Антибиотиктерді қолданғаннан кейін жағдайлары жақсарып, балалардың тәуір болғаны белгіленді.

SUMMARY

FEATURES THE USE OF ANTIBIOTICS IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY.

Zhumadullaeva K.K., Zhangozieva E.W., Taitubayeva G.K.

Among patients with cerebral palsy received antibiotic therapy in 2013 - 248 children (16%), and in 2014 - 221 children (15%). Given the severity of the disease in children with neurological disorders, frequent complications in the course of colds, frequent use of parenteral antibiotics. After antibiotics noted improvement and recovery of children.

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПАДЕНИЯ.

Жылкыбаев Г.Л., Нургали С.А., Оспанова Ш.Х., Руденко Л.Н.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Ключевые слова: группа высокого риска, международные цели безопасности пациентов, оказание медицинской помощи пациентам.

Республиканский детский реабилитационный центр является специализированным лечебно-реабилитационным медицинским учреждением мирового значения. Надо отметить, что за семь лет существования Центра, он получил мощное развитие, как в плане материальной базы, так и научно-практической школы неврологов Казахстана.

Более того, в мае 2014 года АО «РДРЦ» стал обладателем звания первого в мире Центра реабилитации, соответствующего высшим стандартам JCI, основными требованиями которого являются обеспечение безопасности пациентов, а также четкое взаимодействие сотрудников психоневрологического отделения и обеспечение слаженной координации в процессе предоставления комплекса услуг [1].

Миссией Центра является повышение качества жизни детей инвалидов (пациентов со специфическими нуждами), здесь оказывают медицинскую, социальную и психолого-педагогическую помощь. Больные проходят не только лечебные процедуры, но и социальную адаптацию, обучение бытовым навыкам. Кроме того, лица, осуществляющие уход за больными детьми, также получают консультативную помощь и обучение правилам и особенностям ухода, самостоятельной помощи в развитии. Поэтому наиболее важным аспектом работы Центра является процесс взаимодействия всех сотрудников, в том числе, и не являющихся медицинским персоналом.

Целью исследования является оказание медицинской помощи пациентам с высоким риском. В частности, более углубленно остановиться на пациентах с высоким риском падения, так как данная категория требует максимально пристального внимания всего персонала, включая педагогический и технический персонал. В данном случае внедрение в процесс работы политик JCI по международным целям безопасности пациентов, улучшить взаимодействия сотрудников психоневрологического отделения и обеспечение слаженной координации в процессе предоставления комплекса услуг. По методу «СПОР» (ситуация, предпосылка, оценка, рекомендация). Учитывая специализацию отделения, основным блоком является планирование лечебных и реабилитационных процедур. Важно, что все эти факторы учитываются не только медицинскими работниками, но и со всеми техническими и педагогическими работниками. Каждый работник отделения должен учитывать все особенности каждого пациента. Особое внимание уделяется отчету по инцидентам, что является основным показателем работы по оказанию безопасной помощи пациентам.

Выявление пациентов с высоким риском падения

проводится при поступлении на первичном осмотре, проводимой лечащим врачом и медицинской сестрой. В дальнейшем по результатам переоценки пациентов выявляются подобные факты среди остального контингента, которые включаются в данную группу риска. Первой необходимой мерой является идентификация этой группы. Для этого, в первую очередь, применяются визуальные средства, позволяющие выделить такого больного из общего числа. В нашем случае применяется заметный и яркий красный браслет. Это позволяет обратить более пристальное внимание к пациенту во время оказания реабилитационных услуг, как посещение бассейна, физиопроцедуры, ЛФК, механотерапии и т.д.

Обязательным условием является отметка о выявленном риске в плане реабилитации. Кроме того, реабилитационная карта должна иметь красную наклейку с буквой «П», что означает «пациент с высоким риском падения». В случае, если ребенок находится на реабилитации без ухода, на маршрутном листе пациента дополнительно делается отметка «КОНТРОЛЬ», что подразумевает необходимость его сопровождение медицинским персоналом.

Методом идентификации непосредственно в отделении является установка табличке красного цвета с восклицательным знаком.

Особое внимание уделяется отчету по инцидентам, что является основным показателем работы по оказанию безопасной помощи пациентам.

Отчет об «инцидентах» за 2014 год

1 заезд	5
2 заезд	16
3 заезд	22
4 заезд	17
5 заезд	9
6 заезд	7

По таблице видно, что количество инцидентов возрастает и это является показателем работы сотрудников по выявление его во время и устранения причины его, так как идет спад инцидентов к 5 и 6 заездам.

Следующим комплексом действия сотрудников отделения является обеспечение безопасного пребывания пациента. Для этого, таких пациентов необходимо разместить в палату, ближайшую к посту медсестры. Далее нужно обустроить спальное место, по возможности установив боковые ограждения или бортики на кроватках.

Важным фактором является наличие

сопровожающего такого ребенка. В случае, если он находится на реабилитации без ухода, нужно обеспечить его сопровождение медицинским персоналом на процедуры, а при необходимости, оказание помощи при приеме гигиенических процедур.

Учитывая риск падения, каждые 2 часа, в особенности, в ночное время и моменты пробуждения, необходимо совершать обход палат. Кроме того, 3 раза в сутки, при необходимости чаще проводится переоценка падения. Все изменения результатов переоценки должны быть доведены до сведения персонала на ежедневном утреннем совещании.

Немаловажное значение имеет обучение и консультирование пациента и его семьи о мерах профилактики. Данное мероприятие проводится 1 раз в неделю, при необходимости, чаще. Это позволяет обеспечить адаптацию пациента и выработку мер по предотвращению получения травм при падении.

Таким образом, пристальное внимание и периодическая переоценка пациентов позволили обеспечить безопасное пребывание детей в Центре. Внедрение правил оказания медицинской помощи пациентам, находящимся в группах риска, дала возможность для профилактики падений и выработки алгоритма действий персонала по риску падения.

Литература:

1. Стандарты аккредитации (JCI) по долгосрочной медицинской помощи, Чикаго, США, 1-е издание 2012 г.
2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009 г.
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 05.12.2011г. «1464 «Об утверждении правил оказания стационарной помощи».

РЕЗЮМЕ

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПАДЕНИЯ.

Жылкыбаев Г.Л., Нургали С.А., Оспанова Ш.Х., Руденко Л.Н.

Внедрение правил оказания медицинской помощи пациентам, находящимся в группе риска, является основополагающим условием для обеспечения безопасности пациента, а значит, главным принципом международного стандарта JCI.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚҰЛАУ БОЙЫНША ҚАУІПТІ ТОБЫНА КІРЕТІН ПАЦИЕНТТЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ.

Жылкыбаев Г.Л., Нургали С.А., Оспанова Ш.Х., Руденко Л.Н.

Қауіпті топқа кіретін пациенттерге медициналық көмек көрсету ережелерін енгізу пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз етудің негізін қалаушы шарты болып саналады, ол JCI халықаралық стандарттың басты принципі болып табылады.

SUMMARY

DELIVERY OF HEALTH CARE PATIENTS AT HIGH RISK OF FALLING.

Zhylkybaev G.L., Nurgali S.A., Ospanova Sh.Kh., Rudenko L.N.

Implementing rules of health care to patients in the risk group, is a fundamental requirement to ensure the safety of the patient, and therefore the main principle of international standard JCI.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ТРАВМ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.

**Зайцев Н.М., Авдонченко Т.С., Яруллина А.И.
ОАО Санаторий «Прокопьевский», г. Прокопьевск, Россия.**

Ключевые слова: восстановительное лечение, санаторный этап, комплексная реабилитация.

Актуальность. Реабилитация пострадавших в санаторно-курортных условиях имеет большое социальное и общегосударственное значение. [3]. Одним из направлений высоких медицинских технологий наряду с применением разнообразия санаторных методов является организация функционально-восстановительного лечения.

Лечебная физкультура - мощное средство функциональной терапии и ее задачей является поддержание достигнутых на поликлиническом этапе уровня физической подготовленности и социальной адаптации [1]. Положительный эффект будет достигнут в том случае, когда конкретно будут определены этапы ЛФК, средства и методы. [2]. Процент вероятности получения хороших результатов увеличивается, если лечебная гимнастика является составной частью комплексного лечения.

Цель исследования. Разработать и обосновать эффективность функционально-восстановительного лечения как составной части комплексной реабилитации на санаторно-курортном этапе у пациентов с производственными травмами.

Материалы и методы исследования. Работа включала исследования 43 пациентов с последствиями производственных травм. Из них 36 мужчин и 7 женщин. Средний возраст больных 53.4±1.2. В таблице показано распределение пациентов по нозологиям.

Заболевания		абс	%
Посттравматическая патология	Остеохондроз	8	18.8
	Деформирующий остеоартроз нижней конечности	18	41.8
	Деформирующий остеоартроз верхней конечности	6	13.9
	Переломы костей, конечностей, тугоподвижность в суставах	11	25.5
ВСЕГО		43	100

Для оценки эффективности проводимого лечения использовались: доплерография (показатели систолической скорости на локтевой (верхняя конечность) артерии и бедренной (нижняя конечность), динамометрия и углометрия.

На занятиях были использованы следующие средства и методы лечебной физкультуры: лечебная гимнастика (активные упражнения, пассивно-активные, пассивные с самопомощью, упражнения с предметами); блокотерапия, гидрокинезотерапия, лечение положением, вытяжением, постизометрическая релаксация. В комплекс реабилитационных мероприятий включали массаж, вибромассаж, физиотерапевтические методы, озокерит, грязелечение, бальнеолечение, лазерную терапию. Каждому свои виды лечения, в зависимости от патологии и индивидуальные занятия

с психотерапевтом - по показаниям.

Результаты и обсуждение. При обсуждении результатов комплексной реабилитации провели оценку эффективности применяемых методов на санаторном этапе в сравнении с показателями на амбулаторном лечении в начале курса лечения и в конце. У пациентов достигался эффект в виде увеличения объема движений. Для примера возьмем показатели на верхней конечности- угол сгибания в локтевом суставе в начале на санаторном этапе- 102±5.4, в конце- 74.1±2.6; на амбулаторном- в начале- 101.8±2.3, в конце-82.5±1.2. Угол разгибания на санаторном- в начале- 151.3±2.9, в конце- 174.5±3.0; на амбулаторном- в начале-156.2±1.5, в конце-167.2±2.4. Показатели силы мышц кисти, в конце курса санаторного лечения намного выше- 20.0±1.4 по сравнению с показателем в начале курса лечения 4.9±0.5; на лечении в амбулаторных условиях- соответственно-14.2±1.3 в конце и 4.1±1.8 в начале. Результаты доплерографий говорят о повышении систолической скорости на локтевой артерии 17.8±0.2 в начале лечения и 24.0±0.2 в конце курса лечения, снижении пульсаторного индекса на лучевой артерии- 0.8±0.02 в начале курса и 0.4±0.02- в конце. Показатели доплерографии амбулаторной реабилитации намного ниже. Хорошие результаты получены у 58% пациентов (25 пациентов), удовлетворительные – у 33% (14 больных) и плохие – у 9% (4 больных).

ВЫВОДЫ. Полагаем, что рациональная организация комплексного лечения на санаторном этапе позволит эффективно осуществлять процесс реабилитации и получить хорошие конечные результаты.

Литература:

- Иванова Л.В. Современное состояние санаторно-курортной помощи и задачи по дальнейшему ее улучшению./Иванова Л.В., Хан М.А.// Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры.-2003.-№1.-С.43-45.
- Разумов А.Н. О внедрении научно-методических разработок по курортологии в практику здравоохранения/Разумов А.Н., Бобровницкий Б.Н., Семенов И.П.//Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2000.-№1.- С. 44-46.
- Семенов Б.Н. Об организации службы медицинской реабилитации./ Семенов Б.Н., Нестеров Н.И., Аносов И.А.//Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры.-1998.-№2.- С. 42-44.

РЕЗЮМЕ

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ТРАВМ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.

Зайцев Н.М., Авдонченко Т.С., Яруллина А.И.

Обоснована эффективность функционально-

восстановительного лечения у пациентов с производственными травмами на санаторно-курортном этапе. Отражены цели, материалы и методы исследования, результаты и их обсуждение. Сделан вывод, что комплексное лечения больных с последствиями производственной травмы в санаторных условиях позволяет получить хорошие конечные результаты.

**RESTORATIVE TREATMENT OF PATIENTS
WITH CONSEQUENCES OF OCCUPATIONAL
INJURYS
IN SANATORIUM CONDITIONS.**

**Zaitsev N.M., Avdonchenko T.S., Yarullina A.I.
Publicly traded company sanatorium
«Prokopyevsky»
Prokopyevsk, Russia.**

KEYWORDS. Medical rehabilitation, sanatorium stage, complex rehabilitation.

INTRODUCTION. Rehabilitation of victims in conditions of sanatorium has great social and national significance. [3]. Not only application of variety of sanatorium methods but also organization of functional restorative treatment is used as one of directions of high medical technologies.

Therapeutic physical training is a powerful method of functional therapy and its objective is to maintain the progress of polyclinic level of physical form and social adaptation [1]. Positive effect will be achieved if the stages, methods and means of therapeutic physical training are determined. [2]. The percentage of probability of good results is increased when therapeutic physical gymnastics will be an integral part of a combined treatment.

OBJECTIVE. To develop and prove the effectiveness of functional restorative treatment as the part of complex rehabilitation of sanatorium stage in patients with occupational injuries.

MATERIALS AND METHODS. This work included the study of 43 patients with the consequences of occupational injuries, there were 36 men and 7 women. The middle age of patients was 53.4 ± 1.2 .

Table shows the distribution of patients according to nosology.

To evaluate the effectiveness of treatment were used: Doppler sonography (systolic rate in the ulnar artery (upper extremity) and femoral artery (lower extremity), dynamometry and goniometry.

During exercises there were used the following tools and methods of therapeutic physical training: therapeutic gymnastics (active exercises, passive-active, passive with self-help, exercises with objects); blokotherapy, hydrokinesitherapy, treatment by position, traction, postisometric relaxation. The complex rehabilitation includes massage, vibration massage, physiotherapeutic techniques, mineral tallo, mud therapy, balneotherapy, laser therapy combined for every patient, depending on the pathology and individual session with psychotherapist for indications.

RESULTS AND DISCUSSION. In discussion of the results of complex rehabilitation the effectiveness of methods which were used in the sanatorium stage was evaluated in comparison with indicators for outpatient basis at the beginning of treatment and at the end. Patients reach the effectiveness in increasing range of motions. For example, the rates of upper extremity: flexion angle of elbow articulation at the beginning of the sanatorium stage- 102 ± 5.4 , at the end- 74.1 ± 2.6 ; at the beginning of

Diseases		Absolute	%
Posttraumatic pathology	osteocondrosis	8	18.8
	Deforming osteoarthritis of lower extremity	18	41.8
	Deforming osteoarthritis of upper extremity	6	13.9
	Fractures of limbs (joint stiffness)	11	25.5
Total		43	100

outpatient stage 101.8 ± 2.3 , at the end- 82.5 ± 1.2 . Angle extension at the beginning of the sanatorium stage- 151.3 ± 2.9 , at the end - 174.5 ± 3.0 ; at the beginning of outpatient stage 156.2 ± 1.5 , at the end- 167.2 ± 2.4 . The rates of muscle strength at the end of the course of sanatorium treatment is higher 20.0 ± 1.4 – at the end, in comparison with the beginning of treatment 4.9 ± 0.5 ; treated in outpatient setting, respectively- 14.2 ± 1.3 at the end, and 4.1 ± 1.8 at the beginning. The results of Doppler sonography show an increasing of systolic rate in the ulnar artery - 17.8 ± 0.2 at the beginning and 24.0 ± 0.2 at the end of treatment, reducing pulse index in the radial artery 0.8 ± 0.02 at the beginning of the course and 0.4 ± 0.02 - at the end. The results of doppler sonography made on outpatient stage of rehabilitation are much lower.

Good results were obtained in 58% of cases (25 patients), satisfactory in 33% (14 patients) and bad in 9% (4 patients).

CONCLUSIONS. We suggest that the rational organization of complex treatment on sanatorium stage will help accomplishing the process of rehabilitation effectively and getting good outcomes.

References:

- Ivanova L.V. Modern state of sanatorium care and targets for its further improvement /Ivanova L.V., Khan M.A.//Questions of balneology, physiotherapy and therapeutic physical training.-2003.-№1.-S.43-45.
- Razumov A.N. About the implementation of scientific and methodological developments in the spa treatment in public health practice/Razumov A.N., Bobrovnikskii I.P., Semenov B.N.//Questions of balneology, physiotherapy and exercise therapy. 2000.-№1.- S. 44-46.
- Semenov B.N. About an organization of medical rehabilitation services . / Semenov B.N., Nesterov N.I., Anosov I.A.//Questions of balneology, physiotherapy and therapeutic physical training. 1998.-№2.- P. 42-44.

SUMMARY

**RESTORATIVE TREATMENT OF PATIENTS
WITH CONSEQUENCES OF OCCUPATIONAL
INJURYS
IN SANATORIUM CONDITIONS.**

Zaitsev N.M., Avdonchenko T.S., Yarullina A.I.

The effectiveness of functional restorative treatment in patients with occupational injuries on sanatorium stage was proven. The objective, materials and methods, results and discussion were reflected. The concluded was made: complex treatment of patients with consequences of occupational injury in sanatorium conditions makes it possible to achieve good outcomes.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ИЛИ КАКАЯ ДОЛЖНА БЫТЬ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕГОДНЯ С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИЙ, НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ).

Исанова В.А.

Казанский государственный медицинский университет

Медико-социальная реабилитация человека с ограниченными возможностями, распространенная как за рубежом, так и в нашей стране, сформирована в конце XIX – начале XX века под влиянием философии ценностей, в основе которых лежит идея о социальной полезности человека (Messer A., 1909; Stern W., 1912 и др.). Поэтому одной из главных целей реабилитации, в понятийном подходе на международном уровне, является устранение ограничений жизнедеятельности, восстановление утраченных функций с последующей интеграцией больного в привычную для него общественно полезную среду.

Существующая на сегодняшний день в РФ правовая законодательная база для организации реабилитационной помощи не обеспечивает на должном уровне реабилитацию – практически отсутствует система реабилитации, ее этапность, межведомственное взаимодействие, преемственность, единая методология организации реабилитационных процессов. Не разработана система подготовки кадров реабилитологов и в целом, отсутствует сама реабилитология, как наука, которая имеет свои методы исследования, специфические методы лечения, материально-техническое и специальное оснащение.

Первое место среди причин инвалидности занимают заболевания нервной системы. Клиническая картина заболеваний нервной системы характеризуется сложными и множественными нарушениями жизненно важных функций, в том числе, разнообразными формами двигательных нарушений, которые со временем приобретают стойкий патологический двигательный стереотип, что затрудняет восстановление такой особенно важной функции, как ходьба.

Использование эффективных, патогенетически обоснованных, физических методов реабилитации, является актуальной задачей и целью реабилитационных учреждений. Однако сложившееся в России представление о комплексной реабилитации на основе обычных схем ЛФК, массажа, физиотерапии не оптимизирует исходы реабилитации у неврологических больных с двигательными и когнитивными нарушениями. По механизму и сумме действия стимулов, направленных на активизацию ЦНС, выше обозначенные процедуры не могут существенно повлиять на функциональную пластичность мозга, активизировать саногенетические механизмы организма и в конечном итоге восстановить жизненно важные функции, открыть перспективы для интеграции неврологических больных в социум.

Международная практика реабилитации показывает:

–реабилитация должна быть интенсивной и проводиться как можно в самые ранние сроки, опираясь на реабилитационную необходимость, прогноз и исходы реабилитации; а также не ограниченной для неврологических больных и особенно для детей

сроками;

–реабилитация должна проводиться в специализированных реабилитационных учреждениях здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры, спорта на принципах межведомственного взаимодействия.

Проведение неврологической реабилитации должно в определенной мере быть стандартизированным, предусматривающим определенную тактику лечения, соответственно фазе заболевания:

*Фаза А – на этапе острого периода, возникшей болезни, или травмы, где предусматривается комплекс медицинских мероприятий, направленных на обеспечение жизни больному, устранение острых симптомов заболевания или повреждения;

*Фаза В – определяющим критерием этой фазы является наличие у пациента полного сознания. В этом случае может быть ранняя реабилитация (от 2-х до 6 недель), которая предусматривает дальнейшую активизацию больного, стимуляцию различных анализаторов, восстановление двигательных функций у пациента, самообслуживание полное или частичное, еда, уход за телом, ванна (душ), умывание, одевание. А также активизация когнитивных способностей, социальных контактов, восстановление речи, памяти, способности решать проблемы;

*Фаза С – предусматривает реабилитацию в рамках достижения полной независимости пациента от посторонней помощи. Она проводится в стационарных условиях реабилитационного центра;

*Фаза D – направлена на стабилизацию двигательных и когнитивных функций в рамках активной повседневной жизнедеятельности. В международной практике оно обозначено, как система ADL (англ. - activities of daily living – активность в повседневной жизни), которая представляет совокупность двигательной активности пациента в самообслуживании и в быту. Реабилитация неврологических больных в фазе D возможна в условиях полустационарных реабилитационных центрах;

*Фаза E – проводится последовательная профессиональная и социальная реабилитация;

*Фаза F – предусматривает долгосрочный необходимый уход на дому или в домах инвалидов при значительном психоневрологическом дефиците.

Основной алгоритм, влияющий на качество предоставленных медико-социальных услуг больному в учреждении, состоит в следующем:

- наличие нормативной документации, включая положение или устав об учреждении, документацию на оборудование, приборы и на аппаратуру; различные руководства, правила, инструкции, методики;
- условия размещения (дислокации) учреждения;
- укомплектованность учреждения кадрами в соответствии с их специальностью и квалификацией;
- табельное и техническое оснащение (лечебное

и реабилитационное оборудование, приборы, аппаратура);

- состояние информации, установленный порядок и правила предоставления пациентам услуг;

- наличие системы контроля над качеством проводимых реабилитационных мероприятий, вне и внутри учреждения.

При проведении реабилитации неврологических больных особенно большое значение приобретает аспект активности в повседневной жизни (АПЖ). Активность в повседневной жизни (ADL) составляет совокупность двигательной активности пациента в самообслуживании и в быту. Различают внутренние и внешние лимитирующие факторы активности в повседневной жизнедеятельности.

Внутренние лимитирующие факторы зависят от функционального состояния самого больного. К внутренним резервам относятся: параличи, парезы, нарушения функций тазовых органов, дисфагии, низкие кардио-респираторные резервы, сенсомоторный дефицит, когнитивные нарушения, нарушенные функции анализаторов, психологическая дезадаптация.

К внешним лимитирующим факторам в условиях учреждения или быта относятся факторы ограничивающие мобильность: преграды, дверные пороги, ступени, уклоны или мягкое покрытие пола, отсутствие лифта, отсутствие приспособлений в ванной комнате, отсутствие приспособленных столовых приборов, тяжелая кухонная утварь, отсутствие регулируемой по высоте кровати.

Ходьба, вставание с кровати, кресла, коляски, использование туалета и ванны для купания, могут явиться для пациента сложными двигательными актами. Трудности имеют и с приемом пищи. Специалисты реабилитационного центра проверяют, может ли пациент жевать и глотать твердую, кашцеобразную или жидкую пищу, глотать таблетки. Проверяются его способности в удержании столового прибора, разрезании пищи, координация движений и мышечная сила при отправлении пищи в рот – все это является существенными предпосылками для приема пищи.

Дефицит функциональных способностей, ограничение активности пациента в повседневной жизни и определяет в решающей степени объем реабилитационных мероприятий.

Недостаточность мобильности при проблемах восстановления двигательных функций может компенсироваться за счет вспомогательных средств (кресла-коляски, ходунки, поручни и пр.). Качество жизни инвалида значительно выше, если у него сохраняется возможность самостоятельно пользоваться светом, радио, телевизором. Если нарушена речь, то в процессе ее восстановления этот дефект можно отчасти компенсировать общением с помощью рук, при письменном общении или письме на компьютере. В условиях реабилитационных учреждений (фазы В и С) необходимо разработать детализированную программу восстановления навыков по уходу за телом, включая умывание лица, туловища, чистку зубов, расчесывание волос. При одевании и раздевании нужно отдельно оценивать способность одевания применительно к верхней и нижней части туловища.

Медико-социальная реабилитация (фазы В, С, D) по параметрам МКФ опирается на био-психо-социальную модель последствий болезни, которая определяет здоровье и болезнь как результат взаимодействия физиологических и социальных процессов и опирается

на признаки нарушения функций, повреждения структур, ограничения активности и участия, влияния факторов окружающей среды. Эта модель позволяет оценить функциональное здоровье индивида с биологической, психологической, социальной и личностной точек зрения.

Совместно с Международной классификацией болезней, МКФ составляет семью классификаций и позволяет характеризовать у индивида его активность, функционирование и участие в жизни общества. Активное использование МКФ в реабилитационной практике было рекомендовано на I Российском конгрессе «Реабилитационная помощь населению России» (Москва, 2003)

Учитывая данные рекомендации, в Татарстане внедряются в работу реабилитационных учреждений социальной службы отдельные параметры МКФ, которые служат каркасом для систематизации реабилитационных услуг и оценки их результативности. Например, мобильность, самообслуживание, речь, коммуникативность.

МКФ [3] в своих разделах системно группирует разные домены индивида с различным состоянием участия (например, указывает, что способен делать индивид с определенным изменением здоровья), что позволяет представить в рамках различных доменов профиль функционирования и ограничений, и возможности индивида.

С учетом многолетнего опыта организации реабилитационной службы в Республике Татарстан [1,2], на наш взгляд, следовало бы:

1. Взять за основу передовой зарубежный опыт методологии реабилитационной помощи [4] неврологическим больным и инвалидам, необходимо в России, применительно к отечественным условиям, разработать алгоритм организации реабилитационной помощи на межведомственном уровне с позиции МКФ.

2. Использовать на всех этапах реабилитации нейроразвивающие, физические методы реабилитации (отечественные аналоги методов PNF, Бобат и др.), а также технические средства реабилитации, направленные на процессы реорганизации церебральной активности, функциональную пластичность мозга с тем, чтобы процесс реабилитации сделать более эффективным по возвращению больного к полноценной социально значимой жизни.

Литература:

1. Юнусов Ф.А., Гайгер Г., Микус Э., Манувальд О. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом-2-е изд.- М.: Изд-во Общерос. обществ. фонда «Социальное развитие России», 2008. - 330 с.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: краткая версия. ВОЗ. Женева. СПб., 2003. – 133 с.
3. Исанова В.А. Организация реабилитации больных с неврологическим двигательным дефицитом. Методические рекомендации.-Казань, 2000.- 8с.
4. Исанова В.А. Кинезиотерапия в реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями.- Казань, 1996.-234 с.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Исанова В.А.
Казанский Государственный медицинский университет
Министерство социальной защиты РТ

“Болезнь делает приятным и благим здоровье”
и целью человеческой жизни
являются “облегчения”, освобождение от
страданий больных.

Гераклит Эфесский

Одной из основных причин инвалидности детей по-прежнему являются болезни нервной системы и психические расстройства.

№	Заболевания	Показатели
1	Болезни нервной системы из них: детский церебральный паралич	20,8%, 55,9%
2	Психические расстройства из них умственная отсталость	20,29%, 72,14%

Реабилитация детей-инвалидов с нервными и психическими заболеваниями является важной медицинской и социально-экономической проблемой, так как они имеют высокую степень инвалидизации.

В реабилитации детей-инвалидов с нервными заболеваниями, имеющих двигательные и когнитивные нарушения, является актуальным выбор специфических, физических средств реабилитации. К ним относятся нейродинамические методы кинезиотерапии: PNF, Бобат, Родд, Брунстром, Войта и кондуктивная терапия, широко используемые в зарубежной практике.

Therapiesysteme in der Krankengymnastik

Bobath Es wird eine Hemmung pathologischer Bewegungs- und Haltungsmusler/Synergien sowie eine Normalisierung des Muskeltonus (insbesondere bei Hemiparetikern) angesirebl, die Bewegungsanbahnung erfolgt über wiederholte taklile-kinaslhelische Reize, die an individuellen „Schlüsselpunkten» gesetzt werden. Weitere Trainingsinhalte bilden die Stimulierung der Haltungsreflexe und des Körpergetuhls sowie Lagerungslechniken und das Miteinbeziehen der betroffenen Seile durch bilateiale Übungen.

Brun-nstrom Im Gegensatz zur Bobath-Behandlung erfolgt eine Ausnutzung von beim Patienten vorhandenen Synergien und Reflexmustern, die bis hin zu komplexen Bewegungsablauten modifiziert werden sollen. Aul der nichl-betroffenen Seite werden Maximalkoniraktionen ausgelöst, wodurch es auf der Gegenseite zu „assozierten Reaktionen» (overflow) kommt Begleitend werden propriozeptive (tapping) und Hautreize eingesetzt.

PNF Propriozeptive neuromuskulare Fazililalion; diagonalspiralige Bewegungen

werden in tunktionelle Abläute eingebaut und durch propriozeptive und exterozeplive Reize (z. B «quick stretch», Widerstand geben) fazilitiert. Die Bewegungen umlassen mehrere synergistische Muskelgruppen («pattens»). z. B Armabduktion -außenrotation und -exlension, und verlauten von distal nach proximal. Bei Bewegungsbeginn werden die beteiligten Muskeln gedehnt, angemessene Kommandos werden erleilt bei wiederholter Bewegungsumkehr und Übungen mit abwechselndem Hallen und Entspannen Die Methode basiert aul Konzepten von Kabat, Knott, Voss und Rood.

Vojta Bahnungsmethode, bei der durch Anwendung verschiedener propriozeptiver Reize aus bestimmten Stellungen an klar definierten Zonen global reziproke Bewegungsmusler ausgelost werden. Diese Bewegungsmusler sind Bestandteile der Forioewegung und angeooren. z.B. «Retlexkriechen», «Retlexumdrehen».

Вышеобозначенные зарубежные методы легли в основу разработанных в Республике Татарстан отечественных медицинских технологий, которые существенно способствуют наиболее эффективному восстановлению функций движения, речи, коммуникабельности и памяти. В основе разработанных медицинских технологий лежат механизмы нейрофизиологического сервиса организации движения на принципах PNF. Образец движения представляет собой спирально-диагональную модель, выполняемую активно пациентом при умелом ручном управлении кинезиотерапевта. Восстановление движения проводится последовательно и соответствует онтогенезу развития движений. Комбинация спирально-диагональных образов и их последовательность, а также исходные положения в разработанном методе на основе PNF могут быть в положении лежа, на боку, на четвереньках, сидя и стоя используется в зависимости от нарушенного у больного супраспинального двигательного контроля.

Техника метода кинезотерапии в медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных с двигательными и когнитивными нарушениями

1 ступень тренинга – исходное положение на боку. Наиболее примитивное, но «узнаваемого» мышечно-суставной системой и ЦНС движение

«массовая флексия». Выполняемые двигательные образцы работают на уровне мышечного синергизма, которые стимулируют слабые мышцы и через механизмы ЦНС вовлекают их в активное сокращение, функционально пациенту обеспечивается возможность для активных действий.

2 ступень тренинга – навык удержания позы. Прием. Контролируемая мобильность. Поворот со спины на бок, удержание позы. Унилатеральная модель для верхней конечности.

3 ступень тренинга. Удержание позы, контролируемая мобильность. Ритмическая стабилизация. Латеральная флексия головы.

4 ступень тренинга. Инициация (мобильность) движения в правой конечности, унилатеральная, спирально-диагональная модель. Статико-динамическое равновесие, эксцентрический контроль туловища, конечностей. Подготовка к удержанию позы на коленях.

5 ступень тренинга – развитие ловкости. Диагональная модель для верхней конечности. Медленный возврат, удержание (контролируемая мобильность).

6 ступень тренинга – удержание позы сидя. Билатеральная модель для верхних конечностей, контролируемая мобильность, следовая реакция шейного тонического рефлекса, увеличение проприоцептивных влияний на двигательную зону коры.

7 ступень тренинга – подготовка к ходьбе.

Двусторонняя симметричная спирально-диагональная модель для нижних конечностей. Ротация нижней части туловища.

Тренинг в костюме «Атлант»

Результаты отечественных и зарубежных научных исследований позволили обратить внимание на значимость использования в качестве внешних стимулов центральной нервной системы медицинских технических средств, имеющие нейрофизиологические свойства повлиять на функциональную пластичность мозга и соответственно на эффективность реабилитации

В этой связи в Татарстане разработана методика восстановления двигательных и когнитивных функций – реабилитационное устройство «Атлант», работающий на принципах метода кинезотерапии (отечественного аналога PNF Поддерживающий вертикальное положение техническое средство «Атлант» выполнен на базе высотно-компенсирующего лётного костюма ВКК-6.

Реабилитационный костюм «Атлант» активизирует афферентацию с периферии с помощью натяжных устройств, распределённых в костюме по ходу мышц антагонистов туловища и конечностей, куда накачивается воздух под давлением. Это обеспечивает пациенту способность удерживать позу в разных положениях, совершать произвольные движения. Апроксимирующие воздействия натяжных устройств на мышечно-связочный и суставной аппарат усиливает импульсы проприорецепторов и улучшает функцию двигательных центров всех трех уровней ЦНС

Все повседневные движения, которыми пользуется

человек, вследствие эволюционно-сложившейся организации движений совершаются по диагонали с компонентами флексии или экстензии, аддукции или абдукции. Там, где это качество утрачено, костюм обеспечивает условия для реализации двигательных функций. Через восстановление реципрокности мышечного тонуса, вначале на постуральную устойчивость, на удержания позы, что создает предпосылки для произвольных движений, которые в свою очередь выполняясь в спирально-диагональном режиме продолжают активизировать проприоцептивную афферентацию, стабилизируя двигательный навык.

Из медикаментозных средств нами был использован препарат Пантогам с курсом лечения по схеме 1 т 3 раза в день в течение 4 недель с повторным курсом через 3-4 месяца.

Проведенные исследования на эффективность метода кинезотерапии в медико-кондуктивной реабилитации и устройства «Атлант» показывают высокую результативность реабилитации детей с ДЦП. Характерно для устройства «Атлант» его существенные возможности восстановления мобильности при тяжелых двигательных расстройствах, ребенок годами не умеющий ходить, показывает результаты удержания позы через 9-11 месяцев и начинает ходьбу через 1-2 года при использовании костюма.

По данным 13 реабилитационных центров социальной защиты Республики Татарстан в результате применения устройства «Атлант» из 67 детей, не державших позу сидя, в возрасте от года до 4-х лет стали самостоятельно сидеть 89% детей, не способных ходить с поддержкой стали перемещаться из 34 детей, в возрасте от 4 до 7 лет – 47 % в течение года, ходить самостоятельно стали из числа 13 детей в возрасте от 4-12 лет - 34% в течение года.

По данным благотворительной организации «Альпари» из числа не ходивших детей в результате тренинга в домашних условиях стали перемещаться с поддержкой 100% детей, удерживать позу 70% детей в течение от 6 месяцев до года. Преимущество показателей эффективности реабилитации в костюме дома в том, что родители имели возможность проводить тренировки непрерывно дома по 6-8 раз в день.

Выводы:

Для повышения эффективности нейрореабилитации необходимо:

1.Использовать патогенетические методы по восстановлению двигательных и когнитивных функций у неврологических больных, к ним относятся:

- метод кинезотерапии в медико-кондуктивной реабилитации больных с двигательными нарушениями (отечественный аналог PNF)

2.Медицинское техническое устройство, работающего на принципах метода PNF, реабилитационный костюм «Атлант» и другие варианты Устройства

3. В реабилитационной практике использовать только те методики, которые вошли в реестр медицинских технологий Росздравнадзора.

МОБИЛЬНОСТЬ И ЕГО ПРЕИМУЩЕСТВО В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕННЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ.

В.А. Исанова
профессор кафедры неврологии и нейрохирургии ФПК и ППС КГМУ Лекция.

Введение.

Проблема нейрореабилитации имеет важное государственное значение, так как ее конечной целью является возможность возвращения к созидательному труду лиц со значительными физическими недостатками.

В общей проблеме нейрореабилитации особое место занимает реабилитация ангионеврологических больных, больных перенесших травму позвоночника и спинного мозга, больных с, так называемым, детским церебральным параличом. Заболевания эти чаще всего приводят к тяжелой инвалидности лиц в расцвете творческих сил.

Разработка принципов и методик реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями нервной системы перенесшими инсульт является на протяжении нескольких десятилетий наиболее актуальной проблемой неврологии (Шмидт Е.В., 1975; Верещагин Н. В., 1974; 1982, 1983; Виленский Б.С., Амосов Н.Н., 1980). Детальному изучению вопросов нейрореабилитации при сосудистых заболеваниях головного мозга посвящены многочисленные работы ряда крупных отечественных научных коллективов (Столярова Л.Г. и др. 1978-1985; Гусев Е.И. и др. 1978-1985; Коган О.Г. и др. 1988; Трошин В.Д. и др. 1993). Много работ, посвященных реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями нервной системы, опубликовано и в зарубежной литературе (Bobath V., 1970, 1980; Steyens R. et al, 1984; Hertam U. et al, 1984, Cross P. et al, 1984, Yohnston M. et al, 1984; Turney et al., 1985; Yarroway M., 1985). Однако, показатель утраты трудоспособности и инвалидизации лиц, перенесших инсульт, остается очень высоким (Смирнов В.Е. 1979; Шмидт Е. В. 1979). По данным N. Raskin (1978) из 100 человек, выживших после инсульта, только 10 возвращаются к своей работе без ограничений, 40 имеют легкую инвалидность, 40 - выраженную и 10 - требуют постороннего ухода. Демиденко Т.Д. (1986) и Белова А.Н. (1987) свидетельствуют, что проводимые ими реабилитационные мероприятия способствуют восстановлению трудоспособности 62% лиц перенесших инсульт.

Из сказанного следует, что поиск более совершенных форм и методов реабилитации больных, перенесших мозговую инсульт, - актуальная проблема современной нейрореабилитологии, тем более, что многими авторами (Боголепов Н.К., 1971; Шмидт Е.М., 1979; Верещагин Н.В., 1980; Мисюк Н.С., 1980; Трошин В.Д., 1984, 1993) отмечается неуклонный рост цереброваскулярных заболеваний и увеличение в структуре заболеваемости лиц молодого возраста.

Не менее актуальной является проблема

реабилитации больных перенесших травму позвоночника и спинного мозга.

Поражения спинного мозга характеризуются значительной стойкостью и полиморфизмом функциональных нарушений (расстройство движений, мочеиспускания, дефекации, трофики), а так же частотой этих повреждений в последние годы в условиях военных конфликтов и в быту. Тяжесть нарушений различных функций всего организма при травмах позвоночника и спинного мозга обуславливает высокую летальность, снижению которой способствуют достижения отечественной (Угрюмов В.М., 1970; Бабиченко Е.И., 1971; Осна А.И., 1971; Вирозуб, 1971; Арутюнов А.И., 1980; Цивьян Я.Л., 1971) и зарубежной нейрохирургии (Covalt, 1956; Hagelstam, 1955; Yradischnig et al, 1967; Y. Adams, 1983, Spadano V. et al, 1971). Однако при сохранении жизни стойкость соматических и нейрогенных вегетативных расстройств составляет при повреждениях спинного мозга от 40 до 84% (Коган О. Г., 1988), что является причиной тяжелой инвалидности и социальной дезадаптации таких больных. Длительная и стойкая утрата трудоспособности лицами с повреждением спинного мозга ставит проблему их реабилитации в ранг важнейших медико-социальных проблем.

Больные детским церебральным параличом являются инвалидами с детства. Клиническая картина этого заболевания характеризуется двигательными нарушениями, приобретающими в поздней резидуальной стадии характер патологически сложившегося двигательного стереотипа, коррекция которого представляет большие трудности (Семенова К.А., 1972; Бадалян Л.О., 1983).

В связи с таким представлением о сущности ДЦП основной задачей реабилитационной терапии этого заболевания является выработка двигательного стереотипа на основе компенсации структурно-функциональных нарушений. Поражение высших отделов нервной системы, регулирующее влияние которых объединяет в единую систему все многочисленные подсистемы, приводит к нарушению целостности структурно-функционального комплекса, высвобождению из-под контроля и управления отдельных элементов системы. Однако восстановление нарушенного единства биологической системы может осуществляться за счет сложных приспособительных реакций, выработанных в процессе эволюционного развития.

Такие закономерности лежат в основе восстановительных процессов при поражении нервной системы любым патологическим процессом, это может быть инсульт, травма и любое заболевание,

осложняющееся нарушением двигательной функции.

Важным моментом компенсации структурно-функциональных нарушений при патологии движений является активное участие в процессе реабилитации и самого больного, который должен стремиться активизировать системы не пострадавшие или мало пострадавшие (Цимейко О.И., 1982). Так, например, в работах Я.Л. Слущкого (1970) было показано, что за счет новых, не пострадавших отделов центральной нервной системы, возможна перестройка иннервации между мышцами антагонистами. Р.И. Персон (1965) и Г.И. Несмеянова (1971) с помощью ЭМГ анализа выявили различные этапы перестройки двигательных координаций в процессе освоения двигательной функции.

Учитывая полицентричность функциональной системы организации произвольного движения и возможность перераспределения внутренних связей можно добиться формирования нового двигательного навыка даже в условиях патологической постуральной активности.

В связи со сказанным особый интерес представляет применение в реабилитологии такого метода коррекции двигательных нарушений при параличах как метод моторного переобучения (кинезиотерапия).

Из методов моторного переобучения неврологических больных, предлагаемых школами Тардье (1968), Семеновой К.А. и др. наиболее рациональным является метод Кабат (1953) (Kabat H., Knott M. Proprioceptive Facilitation Techniques for Treatment of paralysis, 1 hys. Ther. Rev. 1953, 33, 53) и метод супругов Бобат (1984). С помощью специфических кинезиотерапевтических приемов, по мнению Кабат, можно разрушить патологический двигательный стереотип и создать новый. При стимуляции необходимых для этого систем адаптации нужно использовать возможную двигательную активность больного и естественную моторную функцию человека. Основной сущностью метода Кабат является активное и сознательное участие больного в лечении.

Супруги Бобат, предлагая свою концепцию двигательного переобучения больных с церебральным параличом, основываются на положении о зависимости координаторных двигательных механизмов от состояния нервной регуляции мышечного тонуса (постуральной регуляции). В центре Бобат, под руководством Margaret I. Mauston изучают и развивают концепцию Бобат, утверждая, что возможно лечить любое нарушение моторного контроля не подавлением тонических рефлексов (рефлексотормозящим положением), а путем стимуляции и облегчения рефлекс-тормозящих механизмов произвольных движений больного. Для освоения метода необходима специальная подготовка врача в центре Бобат, обучение его специальным приемам «облегчения» произвольных движений пациента, которые должен контролировать сам больной.

Пройдя обучение в центре Бобат, автор работы считает возможным поделиться своим опытом и опытом руководимого ею коллектива Республиканского Центра реабилитации инвалидов с детства с врачами

неврологами и реабилитологами.

Опыт работы в реабилитационном центре и знакомство с деятельностью зарубежных реабилитационных школ, показал, что методы моторного переобучения PNF, NTD –нейроразвивающая техника, метод Брунстрома и другие являются весьма перспективными в восстановлении двигательных нарушений у неврологических больных. Они в равной степени полезны больным, перенесшим инсульт, больным с поражением спинного мозга и ДЦП.

Перечисленные методы физиотерапии на патогенетической основе являются необходимыми и важными в реабилитационном процессе. Сегодня в связи с изменениями в различных сферах жизни актуализировались вопросы, связанные с подготовкой подрастающего поколения к самостоятельной жизни.

Особого подхода в этом плане требуют дети с проблемами в психофизическом развитии. Признание прав такого ребенка, его интересов, потребностей, оказание помощи в процессе его личностного становления, в выборе соответствующей профессиональной деятельности являются чрезвычайно важными. Это обуславливает необходимость проведения коренных преобразований в системе детских домов-интернатов и школ по медико-социальной и педагогической реабилитации детей-инвалидов.

Интеграция лиц с нарушениями развития в социально полезное общество по праву признается специалистами как высшая ступень социально-трудовой и профессиональной адаптации. Процессы демократизации и гуманизации в современном обществе предусматривают необходимость создания для каждого человека, и тем более для лиц с нарушениями интеллектуального и физического развития, равных прав и возможностей на получение образования, на развитие их индивидуальных способностей, на интеграцию личности в социуме.

Для достижения поставленной реабилитационной цели также важно иметь правильное понятие о самой реабилитации и лежащей в ее основе правильной организации мероприятий, направленных на индивида, имеющего существенные патологические изменения, препятствующие его полноценной жизнедеятельности.

Основная часть.

Патогенез двигательных нарушений.

В основе клинических проявлений двигательных нарушений, возникающих при поражении нервной системы, лежат определенные патологические механизмы. Их реализация охватывает всю вертикальную систему регуляции и движений: мышечно-тоническую и фазическую (Анохин П.К., 1974; С. Баролат-Романа, Х. Дажис, 1980; Д. Робертсон, 1984).

В состав этих систем входят тонические и фазические нейроны двигательной коры и стриопаллидарной системы, фазические быстрые гамма-нейроны и большие альфа-мотонейроны, тонические медленные гамма-нейроны и малые альфа-мотонейроны спинного мозга, «быстрые» и «медленные» мышечные волокна (З.А. Тамарова и соавт., 1972; Е.Т. Благодатова, С.А. Евдокимов, 1972; Р. Гранит, 1973). В норме тонические

и физические системы находятся в реципрокных взаимоотношениях, обеспечивая нормальную работу мышц-антагонистов в завершении целенаправленного действия.

При травмах позвоночника и спинного мозга с полным нарушением проводимости двигательная патология чаще проявляется синдромом нижней спастической параплегии, и лишь у некоторых больных наблюдается параплегия центрального характера с элементами периферического паралича (отсутствие рефлексов и гипотрофия мышц). Эти проявления тем более выражены, чем распространеннее патологический процесс и чем больше вовлечены в него нижнегрудные и верхнепоясничные сегменты.

Повышение мышечного тонуса при спастических параличах и парапарезах возникает вследствие нарушения супраспинальных систем и повышения активности сегментарного сервомеханизма, включающего g -эфференты, a -большие и a -малые мотонейроны и эфференты проприорецепторов мышц и сухожилий (В.С. Гурфинкель и др., 1965; З.Е. Манович, 1967; Т.Н. Несмелова, 1971; Р. Гранит, 1973).

Мышечный тонус чаще преобладает в сгибателях, чем в разгибателях нижних конечностей, что особенно четко проявляется при поражении верхне- и среднегрудного отделов спинного мозга.

При поражении нижнегрудного и верхнепоясничного отделов чаще отмечается повышение тонуса мышц-разгибателей. Тонические спазмы (спонтанные и вызванные при экстеро- и проприоцептивных раздражениях), по-своему типу сгибательные или разгибательные, в основном совпадают с преобладающим тонусом в соответствующей группе мышц.

Клинически у большинства больных с синдромом спастического парапареза повышение мышечного тонуса носит характер спастичности. Однако, у части больных со значительным частичным нарушением проводимости отмечается резко выраженная спастически-ригидная гипертония, что может быть объяснено сохранностью облегчающих влияний экстрапирамидных образований на состояние гамма-петли (А.М. Вейн, Н.И. Гращенко, 1965; Л.С. Петелин, 1970; Y. Steen, Award, 1962).

Особенности распределения спастической гипертонии (флексорная или экстензорная) в зависимости от уровня поражения спинного мозга при спастических параплегиях такие же, как и при спастико-ригидных.

При инсультах клиническая характеристика двигательных нарушений зависит от локализации очага.

При выключении истинных пирамидных путей (4-е цитоархитектоническое поле) возникает усиление тормозных явлений ретикулярной формации мозгового ствола на сегментарные аппараты спинного мозга. В результате развивается гемипарез противоположных конечностей с преимущественным поражением руки, характеризующийся низким мышечным тонусом, снижением сухожильных и периостальных рефлексов, появлением патологических рефлексов Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера и отсутствием

брюшных рефлексов. Моторная компенсация в таких случаях может осуществляться за счет сохранности добавочных двигательных корковых зон.

При капсулярных поражениях выключаются пирамидно-экстрапирамидные и чувствительные пути, что нарушает регулирующее влияние «тормозного» и «облегчающего» отделов ретикулярной формации мозгового ствола на a - g -сопряжения сегментарного аппарата спинного мозга. Избирательность повышения мышечного тонуса в сгибателях конечностей вследствие измененной возбудимости мышц обусловлена временным фактором, частотой и ритмом разрядов, идущих к a -мотонейронам, и пространственным факторам-распространением разрядов на сгибатели и разгибатели конечностей.

При капсулярном поражении вслед за гипотонией мышц конечностей усиливаются сухожильные и периостальные рефлексы, избирательно повышается мышечный тонус (в сгибателях руки и разгибателях ноги) - постепенно формируется поза Вернике-Мана, появляются содружественные, а затем и произвольные движения в проксимальных отделах ноги, а позднее - руки. Дифференцированные движения кистью и пальцами восстанавливаются крайне медленно. Расстройства чувствительности затрудняют восстановление двигательных функций. При распространении очага в заднем направлении от двигательного анализатора коры головного мозга наблюдается длительное снижение мышечного тонуса, развитие атрофий мышц парализованных конечностей, появление имитационных синкинезий. Поражение сенсомоторной системы затрудняет восстановление утраченных двигательных функций. При расстройстве чувствительности в парализованной конечности прекращается приток центростремительных импульсов от конечности в кору головного мозга. Таким образом, создаются условия (деафферентация конечностей), благоприятствующие развитию контрактур и затрудняющие восстановлению двигательных функций.

При инсульте выявляется определенная динамика восстановления очаговых нарушений. При параличе вначале восстанавливаются рефлекторные функции и тонус, а затем появляются содружественные (глобальные и координаторные синкинезии) и вспомогательные движения и, наконец, восстанавливаются произвольные движения.

Для того, чтобы начали восстанавливаться сухожильные рефлексы и мышечный тонус, необходима нормализация функций спинного мозга (сохранность γ -петли).

В развитии содружественной иннервации (глобальных синкинезий) имеет значение восстановление функций не только спинальных, но и подкорковых центров.

Компенсация нарушенных функций основана на перестройке старого стереотипа и на выработке нового динамического стереотипа.

Восстановление двигательных функций при инсульте зависит во многом от особенностей анатомического строения двигательной системы. Пирамидный путь активизирует сложную систему

вставочных нейронов, влияющих на периферический мотонейрон. Торможение этой системы вставочных нейронов при диашизе вызывает паралич с гипотонией мышц.

Восстановление тонуса, движений и силы связано с функциональной динамикой вставочных нейронов. В процессе восстановления нарушенных двигательных функций имеет значение сохранность добавочных двигательных корковых зон. Кроме того, важна сохранность и тех зон, из которых начинается не только кортико-спинальный, но и кортико-экстрапирамидальные, кортико-ретикулярные пути, обуславливающие распространение возбуждения на различные участки мускулатуры.

Играют так же роль подкорково-стволовые образования, особенно ретикулярная формация мозгового ствола, принимающая участие в процессе перестройки двигательных функций.

Детский церебральный паралич (ДЦП) объединяет группу различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникли в результате недоразвития мозга и его повреждения в пренатальный, натальный или постнатальный периоды (Семенова К.А. с соавт., 1972). Комбинация этиологических факторов, преобладание среди них какого-либо одного — основного — обуславливает разнообразие патологических изменений, которое проявляется многообразием клинических форм и степеней тяжести поражения.

В основе ДЦП лежит дизонтогенез двигательной системы, предпосылками к развитию которого служат недоношенность и рождение ребенка с малым весом. У таких детей центральная нервная система (ЦНС) еще недостаточно развита.

В последние десятилетия отмечается увеличение рождаемости недоношенных детей и детей с малым весом при рождении. У таких детей риск развития ДЦП значителен. По данным М.Н. Никитиной (1979), больные ДЦП, родившиеся преждевременно, составляют 37,1%. По данным V.A. Holm (1982), из 27% детей, больных ДЦП в форме спастической диплегии, 19% составили дети, родившиеся недоношенными.

Особенностью состояния мозга детей является онтогенетическая «незрелость» его морфо-функциональных систем. Это, с одной стороны, обуславливает пластичность и компенсаторные возможности детского организма, а с другой стороны, может видоизменять и усложнять клиническую картину заболевания (Клименко В.А. с соавт., 1977). У детей, родившихся преждевременно, незрелость ЦНС носит патологический характер, обуславливая задержку развития, прежде всего двигательной системы, что в сравнительно легких случаях проявляется в виде транзиторной дистонии (Лоухимо Т., 1979). Транзиторная дистония или атонически-астатическая форма, по данным Л.О. Бадаляна с соавт. (1983, 1986) - единственная форма ДЦП у детей раннего возраста в течение первого года жизни, которая может либо исчезнуть с полным восстановлением локомоторных функций, либо трансформироваться в другие формы ДЦП. По мере увеличения требований к развивающемуся организму отставание в созревании

двигательной системы еще больше возрастает, что диссоциирует с нормальным «опережающим» развитием других систем, обуславливая тяжесть двигательного поражения (Долецкий С.Я., 1984).

Другим важным предрасполагающим фактором ДЦП является внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах (Семенова К.А. с соавт., 1983; Меженина Е.П. с соавт., 1983 и др.) Многие заболевания беременных женщин, а также различные факторы окружающей среды могут существенно изменять ход внутриутробного развития и явиться моментами, способствующими возникновению асфиксии. У детей, перенесших перинатальную гипоксию, тяжесть патологических проявлений ДЦП зависит от длительности и выраженности влияния кислородного голодания на плод и новорожденного ребенка (Доннер М. с соавт., 1984). У недоношенных новорожденных детей патологические симптомы хронической и острой гипоксии как бы наслаиваются на проявления незрелости нервной системы, и при нетяжелых формах поражения трудно отдифференцировать признаки незрелости от признаков повреждения (Яцьк Г.Я. с соавт., 1984). Как правило, гипоксия плода в чистом виде - сравнительно редкое явление, поэтому вряд ли можно рассматривать гипоксию как самостоятельную нозологическую единицу (Жукова Т.П. с соавт., 1984).

Гипоксия и незрелость головного мозга - два взаимообуславливающих фактора. Так, незрелые образования головного мозга особенно чувствительны к гипоксии. С другой стороны, гипоксия, действующая на центральную нервную систему, которая не закончила своего развития, может вызвать не только повреждение головного мозга, но и его недоразвитие (Лебедев Б.В. с соавт., 1975). Длительное и выраженное воздействие гипоксии приводит к тяжелому поражению ЦНС.

В таких случаях присоединяется один из основных факторов патогенеза, утяжеляющий течение ДЦП, - нарушение мозгового кровообращения. Причиной нарушения мозгового кровообращения может быть асфиксия в родах, вызывающая повышение проницаемости сосудистых стенок, разрыв их или диапедезные кровоизлияния. Внутриутробная гипоксия, возникающая в одной из стадий пренатального онтогенеза, также может вызвать сложную перестройку в стенках мозговых сосудов (Бадалян Л.О. с соавт., 1980; Семенова К.А. с соавт., 1983). В конце беременности снабжение плода кислородом ухудшается и, не выходя за физиологические рамки, носит адаптационный характер, способствуя выраженной активации всех центров регуляции гомеостаза. При гипоксии кислородное голодание носит патологический характер, происходит срыв адаптации. Развивается недостаточность системного и регионарного мозгового кровотока. Эти расстройства являются стойкими и углубляют саму гипоксию. Нарушается трофика нервной ткани и процессы ее созревания (Кирошенков А.П., 1978; Жукова Т.П. с соавт., 1984). Гипоксия способствует преждевременному прекращению внутриутробного развития.

Гипоксические поражения мозга у новорожденных могут быть следствием родовой травмы при прохождении плода по родовым путям. Имеет также

определенное значение и применение различных оперативных вмешательств (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция, кесарево сечение), которые проводятся по поводу уже начавшейся внутриутробной асфиксии, нанося, таким образом, дополнительную травму (Лебедев Б.В. с соавт., 1975).

К.А. Семенова с соавторами, (1981, 1983) показали, что в патологии сосудистой системы мозга при тяжелой степени ДЦП у детей раннего возраста имеет определенное значение воспалительный компонент. В тяжелых случаях воспалительный процесс захватывает не только сосудистую систему, но и оболочки и собственное вещество головного мозга, приводя, наряду с грубым недоразвитием его, к дистрофическим изменениям нервных клеток, пролиферации всех видов глии и т. п. В связи с выраженными изменениями стенок желудочков и сосудов мозга развивается гипертензионно-гидроцефальный синдром.

В возникновении воспалительных изменений мозга имеет значение патология беременности: инфекционное заболевание или обострение хронической инфекции, токсикозы беременности и т.п. В результате деструкции мозговых клеток плода продукты распада могут поступать в кровь уже в качестве чужеродных для организма веществ - мозговых антигенов. В ответ на проявление в крови плода, а затем и матери мозговых антигенов организм вырабатывает антитела к мозгу, которые были обнаружены К.А. Семеновой с соавторами (1972) более чем у половины детей или матерей детей, родившихся в тяжелых родах и асфиксии. В периоде беременности у этих матерей наблюдались токсикозы, нефропатии, инфекции и другие патологические отклонения. Аутоиммунный процесс в организме плода может вызывать нарушение развития нервной системы и поддерживать воспалительный процесс. Таким образом, при тяжелой степени ДЦП поражение ЦНС выявляется в виде сочетания дисциркуляторных, дистрофических и воспалительных изменений.

Исследования биоэлектрической активности коры головного мозга в динамике у детей с ДЦП свидетельствует о том, что в процессе индивидуального развития у таких больных имеется задержка морфо-функционального развития высших отделов головного мозга (Клименко В.А. с соавт., 1977; Кариев М.Х. с соавт., 1983). Двигательные нарушения при ДЦП обусловлены, в основном, тем, что поражение незрелого мозга изменяет последовательность этапов его развития (Бадалян Л.О. с соавт., 1980; Журба Л.Т., Мастюкова Е.М., 1981).

Постнатальные проявления дизонтогенеза распространяются на все системы мозга и остаются значимыми для формирования центральной нервной системы в течение многих лет, поскольку задержка и нарушение развития структур, созревание которых должно бы закончиться до рождения или в первые месяцы после рождения, влекут за собой задержку, а нередко и нарушение развития структур, функционально или функционально-морфологически связанных с первыми, но созревающими на различных, более поздних этапах постнатального онтогенеза (Семенова К.А., 1980).

При глубокой недоношенности или при присоединении поражения незрелого мозга различного генеза замедляется дальнейшее его развитие, ЦНС реагирует на внешние воздействия комплексом низких, патологических для данного возраста реакций, которые закрепляются и обеспечивают минимальный объем двигательных реакций организма. Эти реакции и проявляются симптомокомплексом ДЦП.

Задержка развития мозга на ранних этапах его созревания приводит к нарастающей активности тонических рефлексов, контролируемых структурами ствола мозга и верхних шейных сегментов спинного мозга. Нередуцирующиеся, ставшие патологическими, такие тонические рефлексы препятствуют и извращают становление установочных рефлексов, что задерживает и значительно нарушает последовательное формирование у ребенка правильных двигательных актов, затрудняя и искажая вертикальную позу больного (Бурыгина А.Д., 1977). Патологическая активность нередуцированных рефлексов имеет, по мнению К.А. Семеновой с соавторами (1972), основное значение в формировании тонических мышечных реакций у детей с церебральными параличами.

Нарушение регуляции мышечного тонуса ведет к глубокому дисбалансу координационных отношений мышц у больных ДЦП как при стоянии, так и, особенно, при ходьбе (Бурыгина А.Д., 1977). Исследованиями Б.В. Лебедева (1974, 1980) показано, что детям с ДЦП свойственно раннее расстройство функции вестибулярного аппарата. В сочетании с этим патологически повышенная постуральная активность в значительной степени определяет ту патологию антигравитационного тонуса, которая возникает при вертикальном положении тела.

Для спастических форм ДЦП характерно развитие патологических установок и на их основе спастических контрактур в суставах нижних конечностей, что обуславливает нарушение позы и передвижения больного. Клинические наблюдения и электрофизиологические исследования показали, что формирование контрактур и деформаций нижних конечностей находится в определенной зависимости от влияния своевременно нередуцировавшихся и ставших патологическими примитивных тонических рефлексов лабиринтного тонического рефлекса, симметричного шейного тонического рефлекса или от совместного влияния обоих рефлексов. Как правило, наблюдается сочетание влияний обоих тонических рефлексов. При этом отмечаются сгибательные контрактуры коленных и голеностопных суставов, отклонение туловища назад (Бурыгина с соавт., 1981).

Биомеханическим и электрофизиологическим отличиям позы и походки страдающих ДЦП детей посвящены работы Н.И. Кондрашина с соавт. (1974), Е.Г. Гридасовой (1978), А.С. Витензон (1980), Е. Кнутссон (1980), К. Стротзкы (1983), П.С. Барто, Р.С. Супински (1984) и др.

Исследованиями многих авторов (Меженина Е. П., 1966; Семенова К. А., 1972; Ратнер А. К., 1985; Бадалян Л. О., Скворцов И. А., 1986 и др.) показано, что при ДЦП страдают практически все отделы ЦНС, которые ответственны за поддержание позы и управление

передвижением. Однотипность двигательных расстройств при различных формах заболевания свидетельствует о специфичности поражения ЦНС. Основные звенья системы управления позой и движениями следующие: сегментарный аппарат спинного мозга, вестибулярные ядра, ретикулярная формация, мозжечок, красное ядро, подкорковые ядра, сенсомоторная кора головного мозга.

Рефлекторный аппарат спинного мозга способен самостоятельно поддерживать тоническое напряжение антигравитационных мышц, а спинальные локомоторные центры - обеспечить передвижение (Батуев А.С., Таиров О.П., 1978). Как известно (Пейпер П., 1962), у новорожденного при соприкосновении стоп с опорой обе ноги разгибаются и превращаются в твердые опоры, а при поддержании новорожденного, его нижние конечности будут совершать полностью координированные шагательные движения. Причем получающаяся походка напоминает таковую при болезни Литтля. Однако без поддержки новорожденного не может ни стоять, ни передвигаться; это возможно только при наличии супраспинальных нисходящих влияний. Эти влияния повышают активность α - и γ -мотонейронов спинного мозга, активируют спинальные локомоторные центры, поддерживают постоянную скорость передвижения или изменяют ее, а также прекращают в нужный момент; кроме того, они адаптируют каждый отдельный шаг к условиям среды и меняют вид передвижения (Батуев А.С., Таиров О.П., 1978; Баев К. В., 1984).

В онтогенезе человека морфологическое и функциональное созревание различных отделов ЦНС осуществляется гетерохронно. К моменту рождения сегментарный аппарат спинного мозга достигает высокой степени зрелости, а система супраспинальной регуляции еще не отлажена. У больных ДЦП эта гетерохронность носит патологический характер и выражается в задержке развития отдельных систем ЦНС. На спинальном уровне не отлажена координация активности мышц антагонистов. На уровне ствола мозга наименее зрелой оказывается вестибуло-спинальная система (Вахрамеева И.А., 1980). Роль патологии вестибуло-спинальной системы имеет значение лишь на ранних стадиях формирования ДЦП.

По мере развития двигательных функций своевременно нередуцированные патологические позотонические рефлексы тесно «вплетаются» в общую схему локомоции больного (Бадалян Л.О., Скворцов И.А., 1986). Усиливается и приобретает патологический характер сдвиг баланса надсегментарных влияний в сторону преобладания облегчения над торможением (Меженина Е.П., 1966; Вахрамеева И.А., 1980). В особенности это касается центральных систем, являющихся мощными активаторами флексоров (при одновременном угнетении экстензоров) и участвующих в формировании у больного так называемой «флексорной доминанты». Наиболее высокую активность в этом отношении проявляет руброспинальная система. В формировании «флексорной доминанты» участвует также и медиальная зона ретикулярной формации (Вахрамеева И.А., 1980; Шмидт Р., 1985). Важность активности

красных ядер в активации и регуляции автоматических движений подчеркивается В. Appelbergetal (1982).

По мере задержки созревания вышележащих отделов ЦНС в патологический процесс включается вся экстрапирамидная, а также пирамидная системы. Появляется тенденция к увеличению процессов иррадиации над процессами концентрации (Маженина П.П., 1981). Созревание пирамидной системы происходит преимущественно после рождения в первый год жизни (Вахрамеева И.А., 1980). Важность пирамидной системы для регуляции позы и движений подчеркивается многими исследователями (Батуев А.С., Таиров О.П., 1978; Баев К.В., 1984; Шмидт Р., 1985; E. Evarts, 1982).

При выполнении движений пирамидная система активирует флексорные мотонейроны и тормозит экстензорные, отключая антигравитационные мышцы (Батуев А.С., Таиров О.П., 1978). Необходимо отметить, что эта система играет важную роль в инициации и поддержании произвольного движения, причем в большей степени дистальных отделов конечностей. По мнению E. Evarts (1982), сама по себе утрата кортико-спинальных связей не парализует мышцы, она препятствует использованию их в некоторых движениях. Таким образом, первичным в патогенезе спастических форм ДЦП является нарушение функции, субординационных связей в стволе мозга, а именно, рубро- и вестибуло-спинальных систем в результате патологической гетерохронности их развития.

Согласно представлениям Н.П. Бехтеревой (1967, 1980), в головном мозге в течение жизни происходит минимизация мозговых территорий обеспечения гомеостаза и наиболее стереотипированных функций (в первую очередь это относится к двигательным функциям), закрепление их в долгосрочной памяти. Эти процессы, адекватные для здорового организма, являются патологическими при заболеваниях ЦНС, при которых в головном мозге формируется устойчивое патологическое состояние. Оно формируется при перестройке активности многих систем и структур мозга, в том числе исходно не пораженных. И часто клиническая картина заболевания характеризуется, прежде всего, проявлениями гиперактивности этих структур, а не собственно поражения. Это в большей степени справедливо и для ДЦП. При этом заболевании устойчивое патологическое состояние формируется в резидуальной стадии на основе нередуцированных стволовых автоматизмов и нарушенной функции повреждения отделов мозга. Надо полагать, что «устойчивое патологическое состояние», обладая стабильностью, обеспечивает и поддерживает весь симптомокомплекс той или иной формы ДЦП. Оно проявляется на периферии в виде патологического двигательного стереотипа. Последний имеет как общие, свойственные всей нозологии в целом, так и индивидуальные черты. Нервно-мышечный аппарат участвует в этом сложном процессе образованием спастических установок и контрактур конечностей, которые, со своей стороны, поддерживают патологический двигательный стереотип. Преодоление патологического двигательного стереотипа и составляет основную задачу современных методов

лечения двигательных нарушений у больных спастическими формами ДЦП

Нейродинамические методы реабилитации.

Кинезотерапия в медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями.

«Кинезотерапия, как способ медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями» впервые предлагается к использованию на территории Российской Федерации. Аналогичными существующими медицинскими технологиями за рубежом являются метод PNF (проприоцептивное нервно-мышечное протерение) на основе научных разработок клинического нейрофизиолога Г.Кабата и его учеников (Kabat H. Central mechanism for recovery of neuromuscular function. *Phys. Therapy Rev.*, 1953, v.33, p.53-64, Koch I. Die medicinische Rehabilitation der Querschnittsge – lahmten. – Berlin: Volk und Gesundheit, 1972. – 141 s. Stryker P. Rehabilitative aspects of acute and chronic nursing car. 2nd ed. – Philadelphia: Saunders, 1977. – 272 p.). Преимуществом данного метода является создание нейрофизиологических условий для активного сокращения поврежденных мышечных волокон и восстановления нарушенных двигательных функций при волевом участии больного, что оптимизирует его реабилитацию и значительно ускоряет устранение функциональной двигательной недостаточности.

В основе медицинской технологии метода лежат нейрофизиологические механизмы проприоцептивного нервно-мышечного протерения, повышающие реакции паретических мышц на их активное сокращение при волевом участии больного посредством специфических диагонально-спиральных моделей движения, исполняемых в проксимально-дистальном направлении в определенной последовательности в зависимости от степени нарушенного супраспинального двигательного контроля.

Диагональной спиральной моделью движения в методе является комбинация движений, которая включает несколько суставов одновременно и три компонента движений: флексию или экстензию, абдукцию или аддукцию, внутреннюю или внешнюю ротацию. Для каждой из главных частей тела: головы и шеи, туловища, верхних и нижних конечностей имеются две перекрещивающиеся диагонали движения. Каждая из этих диагоналей включает по две противоположные модели движения. Эти модели представляют благоприятные возможности мышцам для их сокращения, перехода из исходного удлиненного положения к точке максимального укорочения.

В процессе восстановления необходимого двигательного стереотипа следует придерживаться четыре основных патогенетических стадий двигательного контроля: мобильность, стабильность, контролируемая мобильность и ловкость.

Мобильность – задача достичь у пациента способность к началу движения с помощью спирально-диагональных моделей для конечности и туловища, выполняемых активно пациентом при ассистированном участии врача.

Стабильность – задача добиться сближения

сокращающихся мышц при определенном сопротивлении, которое достигается с помощью определенного исходного положения и мануального контакта на заинтересованные группы мышц.

Контролируемая мобильность – задача выработать у пациента ротационные движения относительно продольной оси конечностей и туловища.

Ловкость – задача подготовить больного к произвольным движениям, где проксимальная двигательная стабильность способствует управлению движениями конечностей при соответствующей скорости и заданном направлении.

В процессе восстановления необходимого двигательного стереотипа следует придерживаться четырех основных патогенетических стадий двигательного контроля - мобильность, стабильность, контролируемая мобильность и ловкость.

На стадии мобильности, задачей которого ставится получить движение, когда инициирование движения явно затруднено, мы использовали возможность получить движение при поддержке рефлекса. Для увеличения активности слабых мышц, а также с целью инициации в них движений используются упражнения в комбинации двигательных моделей, при которых участвуют сильные мышцы синергисты. Модели движений делаются с достаточным встречным сопротивлением, где в качестве сопротивления наряду с мануальным контактом используются исходные положения туловища или конечностей с расчетом на их силу тяжести встречному движению. Характер воздействия на мышцы при отработке необходимых двигательных моделей зависит от их состояния и функциональной активности.

Например, для усиления иррадиации из мышц-синергистов верхней части туловища на ослабленную среднюю ягодичную мышцу рекомендуется использовать исходное положение лежа на спине, поскольку в этом положении сила тяжести веса тела и конечностей является своеобразным сопротивлением и, противодействует движению в таких упражнениях, как на сгибание головы и туловища, в сочетании с одновременным разгибанием верхних конечностей, их абдукции и вращения во внутрь, тем самым активизируются ослабленные мышцы нижней части туловища, проксимального отдела нижних конечностей.

На стадии супраспинального двигательного контроля «стабильность» используется тоническая поддержка, т.е. необходимо добиваться изотонического сокращения в фазе сближения сокращающихся мышц при наличии определенного сопротивления.

Для тонической поддержки положение туловища и конечностей выбирается таким образом, при котором и само положение способствует их сокращению. В избранном исходном положении можно использовать силу сопротивления веса тела или конечностей, что способствует еще большему растяжению тонической мышцы. Например, исходное положение на животе, упор на верхние конечности, согнутые в локтях».

Перенос веса тела во всех направлениях: переднезаднем, латеральном, по диагонали, в исходном положении «на животе», «на четвереньках»,

«мостик», «модифицированной позе медведя» вызывает растяжение тонических мышц и параллельно повышается и реакция на сокращение ослабленных мышц, на которые делается акцент - удержание заданной позы.

На стадии контролируемой мобильности преследуется задача получения контроля за инициированными движениями.

При отработке стадии контролируемой мобильности необходимо выработать у пациента способность осуществлять вращательные и ротационные движения в конечности и туловище, двигаться или раскачиваться в позициях несения веса, что в свою очередь требует совместных действий обеих сторон тела, которое, например, затруднено для больного с гемипарезом.

Если в позициях несения веса тела исполняется раскачивание в увеличивающейся амплитуде, то, тем самым, развивается реакция равновесия, а также развивается способность удержать определенную заданную позицию.

Перемещение веса тела достигается в исходном положении сидя, на четвереньках, на боку, спине приемами «медленный поворот назад» или «медленный поворот назад - поддержка». При этом отрабатывается не только равновесие и контроль за выполняемым движением, но и тренируется эксцентричный контроль, который будет необходим при ходьбе.

Например, для отработки на этой стадии у пациента динамической стабильности в проксимальных отделах конечностей можно использовать прием «рубка» для верхней конечности, а для нижней конечности образец движения – приведение, внутренняя ротация, сгибание в тазобедренном и коленном суставах.

Динамическая стабильность создает основу для попеременного сокращений мышц уже от дистальных отделов к проксимальным, обеспечивая этим составные части ловкости, хватание предметов и передвижения в пространстве.

При отработке двигательного контроля на ступени умелости пациент в состоянии функционально взаимодействовать к продолжению движений, путем творческой манипуляции в различных комбинациях двигательных образцов. Умелость требует достаточного контроля туловища, так что пациент должен приспособить позиции тела к движению конечностей.

Развитие движений методом PNF должно осуществляться в краниокаудальном, проксимально-дистальном направлении, соответственно принципам онтогенеза развития двигательных навыков.

Активное, сознательное участие больного в тренинге необходимых двигательных навыков обусловленных супраспинальным двигательным контролем является важным условием использования метода PNF.

В процессе лечения двигательных нарушений мы придаем значение последовательности применения поз и видов движения, обусловленные онтогенетическим развитием двигательного контроля.

Каждая используемая поза обеспечивает поставленную задачу на определенном этапе реабилитации, обусловленную супраспинальным и

двигательным контролем.

Как указано выше, образцы движений для верхних и нижних конечностей могут тренироваться в различных исходных позициях, как положение на спине, на животе и сидя и т.д.

Как на верхних, так и на нижних конечностях мы отрабатываем по две диагонали, у каждой по одному виду флексии и экстензии. В диагонали на нижней конечности флексия (аддукция) внешняя ротация - экстензия (абдукция) внутренняя ротация имеют место те же проксимальные компоненты движения, что и в верхней конечности:

- флексия (аддукция), внешняя ротация - тазобедренный сустав; флексия, аддукция, внешняя ротация - голеностопный сустав; дорсальная флексия и инверсия большие пальцы,

- экстензия (абдукция), внутренняя ротация - тазобедренный сустав; экстензия, абдукция, внутренняя ротация - голеностопный сустав.

Схемы движения, как для верхних, так и для нижних конечностей могут проводиться в большинстве из исходных позиций, в позициях, обусловленных движением, объединены в схемы для конечностей, направленные на стабильность, контролируемую мобильность, статико-динамическую устойчивость и для ступени умелости. Если пациент выполняет статико-динамическую ступень контроля, то движения динамической конечности происходит по схеме для обеспечения динамического контроля стабильности поддерживающих конечностей. В этих целях в положении лежа на животе с опорой на локти наиболее легко выполнимыми моделями для подвижной конечности являются «локтевой толчок» и «отдергивание», в то время как в положении стоя на четвереньках и в модифицированной стойке медведя могут дополнительно быть выполнены схемы для нижних конечностей флексия (аддукция) внешняя ротация – экстензия/абдукция внутренняя ротация и схемы для верхних конечностей флексия (абдукция) внешняя ротация - экстензия (аддукция) внутренняя ротация. Соппротивление может осуществляться мануально или через механическое сопротивление.

Самые стабильные позиции при выполнении образцов двигательных моделей - это положение на животе, на спине, на боку и сидя. Действие силы тяжести, равно, как и оптимальный объем движения могут варьировать.

Позицию лежа на животе с опорой на локти можно использовать для получения полной экстензии, так как экстензоры, восприимчивые к растяжению, вызывают возбуждение центростремительных волокон веретен тип А и тип Б. Это раздражение предполагает сокращение мышц головы, шеи, локтей и плеча. Вес туловища усиливает сокращение глубоких тонических постуральных мышц.

Исходное положение «лежа на животе» способствует сохранению равновесия. Поддержка патологических биомоторных факторов в положении с опорой на локти делает это положение подходящим для пациентов с ограниченной инициацией движений. Многие наши пациенты имеют усиленные доминанты неинтегрированных тонических рефлексов, так,

например, тонический шейный рефлекс при экстензии шеи может вызвать у таких пациентов повышение тонуса верхних конечностей, наиболее выраженный в экстензорах локтей.

При использовании положения «лежа на животе» с опорой на локти, нижние конечности находятся в полной экстензии, что часто бывает желательным для пациентов с гипотонией нижних конечностей или сгибательной спастикой. Однако у пациентов с повышенным тонусом экстензоров при помощи сгибания коленей и поддержке голени мы также можем добиваться желаемого состояния. Ноги, таким образом, переходят из полной экстензии в продвинутую комбинацию экстензии тазобедренного пояса и флексии коленей.

Известно, и мы это видели, что постепенный тренинг стадий двигательного контроля в положении лежа на животе с опорой на локти полезен для пациентов с повреждением спинного мозга или при наличии недостаточной динамической стабильности у больных с церебральным параличом.

Использование позиции лежа на животе с опорой на локти обеспечивает пациентам приобрести контроль движения головы, шеи, верхней части туловища, лопаток и плеч. Растяжение постуральных мышц через вес тела могут способствовать коконтракции мышц суставов конечностей, обеспечивая им статико-динамическую стабильность.

Прием экстензии в положении лежа на животе, так и в положении лежа на спине с опорой на локти не всегда подходит для пациентов при выраженном гемипарезе.

1) Опора на локти обеспечивает большую площадь опоры и низкий центр тяжести. Суставы головы, шеи, лопатки и плеч находятся под прямым влиянием силы тяжести, что способствует активизации проприоцептивных реакций.

2) В положении лежа на животе мышцы-лопатки и плеча растягиваются, что облегчают коконтракцию и предполагает статико-динамическую устойчивость.

3) Аппроксимация или компрессия локтевых суставов усиливает активность тонических мышц и глубоких ротаторов и может быть еще увеличена мануальным давлением на плечи.

4) Нижние конечности находятся в полной экстензии, пригодной для некоторых пациентов, для других там, где спастика - это положение модифицируется коленной флексией.

Мобильность. Методы исследования для дифференцированного выбора образцов и моделей движения для вертикализации пациента

В основе клинических проявлений двигательных нарушений, возникающих при поражении нервной системы, лежат определенные патологические механизмы. Их реализация охватывает всю вертикальную систему регуляции и движений: мышечно-тоническую и фазическую (Анохин П.К., 1974; С. Баролат-Романа, Х. Дажис, 1980; Д. Робертсон, 1984).

В состав этих систем входят тонические и фазические нейроны двигательной коры и стриопаллидарной системы, фазические быстрые гамма-нейроны и

большие альфа-мотонейроны, тонические медленные гамма-нейроны и малые альфа-мотонейроны спинного мозга, «быстрые» и «медленные» мышечные волокна (З.А. Тамарова и соавт., 1972; Е.Т. Благодатова, С.А. Евдокимов, 1972; Р. Гранит, 1973). В норме тонические и фазические системы находятся в реципрокных взаимоотношениях, обеспечивая нормальную работу мышц-антагонистов в завершении целенаправленного действия.

Для выбора образцов и приемов движений в процессе реабилитационных мероприятий методами нейродинамической проприоцептивной стимуляции проводится клинко-невро-логическое обследование больного на возможность воспроизведения тонических и фазических двигательных функций в различных исходных положениях в зависимости от состояния нарушенного супраспинального двигательного контроля. Выявляются наиболее сохраненные мышечные группы, с которых начинают отрабатывать двигательные навыки.

Тестируются активные движения в возможных для больного исходных положениях – лежа, на боку, сидя, стоя, ходьба.

Активные движения исследуются в порядке сверху вниз; обычно определяется объем только некоторых основных движений.

На лице исследуется наморщивание лба кверху, смыкание век, движения глазных яблок, открывание рта и оттягивание углов рта наружу, высовывание языка.

1) Определяется объем поворота головы в стороны;

2) Предлагается исследуемому произвести движение поднятия плеч («ложимание» плечами);

3) Производится поднимание рук до горизонтали и выше;

4) Сгибание и разгибание в локтевом, лучезапястном и пальцевых суставах;

5) Пронация и супинация кистей;

6) Сведение и разведение пальцев, выполнение праксиса позы, воспроизведение позы;

7) Для определения легкой степени пареза и расстройства тонких движений целесообразно предложить исследуемому делать быстрые сгибательные и разгибательные движения пальцами, перетирая ими в воздухе при вытянутых вперед руках;

8) Далее следует сгибание и разгибание туловища, наклон направо и налево;

9) Производится сгибание и разгибание в суставах тазобедренных, коленных, голеностопных, пальцевых;

10) Тестируется при поддержке пациента способность и качество возможной ходьбы

Проприоцептивный контроль, задачи

- Исследование статико-динамической устойчивости в позиции: «сидя», «лежа», «на четвереньках», «стоя».

- Исследование динамической проксимальной стабильности верхних и нижних конечностей.

- Состояние эксцентрического контроля в и.п. «на четвереньках», «стоя» за счет провоцирующих толчков на удержание туловища в различных плоскостях.

- Состояние удержания позы при аппроксимации в различных исходных положениях за счет давления на определенные участки массы тела и суставов в

различных плоскостях.

- Способность выполнять движения конечностями и туловищем на контролируемую мобильность, с использованием следовых тонических и выпрямляющих рефлексов, на выпрямление, вращение в определенных исходных положениях.

- Эксцентричный контроль в положении «мостик», удержание позы.

- Исследование двигательных реакций в исходном положении «на спине» при согнутых коленях, степень аддукции, абдукции с помощью приемов альтернирующей изометрии, ритмической стабилизации.

В процессе развития человека независимая мобильность начинает с локомоции ползания и прогрессирует до вертикальной ходьбы.

Процессы развития двигательных функций у человека имеет онтогенетическую закономерность, ползание начинается примерно с 9 месяцев, ходьба от 12-18 месяцев.

Когда ребенок переходит в вертикальное положение, это ступень ловкости, где достигается цель общения с окружающей средовой инфраструктурой.

Наш организм, нервная, сосудистая системы, внутренние органы, функционируют оптимально в вертикальном положении, в процессе стояния или ходьбы. В преддверии ходьбы тазобедренный сустав развернут кпереди, что влияет на формирование ходьбы в течение первых лет жизни.

Изменение угла и вращение головки бедра связаны с активным движением и весовой нагрузкой. Во время стояния изменения в положении бедра лучше усаживают головку в суставе, что приводит к повышению прочности структуры тазобедренного сочленения.

Весовая нагрузка и ходьба это необходимые условия для правильного развития стопы и колена.

Вертикальное положение предупреждают развитие контрактуры, улучшают амплитуду движений по сравнению с положением сидя

. Вертикализация уменьшает спастичность.

Недостаток весовой нагрузки приводит к снижению минерализации костей, результатом чего является развитие остеопороза и повышение риска переломов. Статическая нагрузка на кости менее эффективна для развития костей, чем динамическая.

Во время принятия стоячего положения таз движется с возрастающим передним углом наклона и позвоночник растягивается. Это приводит к увеличению пространства внутри брюшной полости, позволяя внутренним органам лучше функционировать. В вертикальном положении увеличивается дыхательный объем, улучшается опорожнение желудка и мочевого пузыря, и улучшается циркуляция крови.

Когда человек стоит, происходит естественное пространственное осознание. Стимулируется ретикулярная формация, возникают больше сигнальных взаимосвязей. Ретикулярная активизирующая система находится под влиянием многих видов стимулов, особенно вестибулярных и проприоцептивных изменений, возникающих во время ходьбы и стояния. Активации различных сигнальных систем

важны для разностороннего развитие в детстве и в процессе восстановительного периода реабилитации неврологических больных.

Моторный опыт перемещения помогает развитию зрелости ЦНС ребенка, способствует достижению нового уровня психологическом, социальном и когнитивном развитии ребенка, такое положение распространяется и на пациентов с неврологическим двигательным

Мобильность на любой ступени ее развития позволяет реабилитантам развить чувство уверенности, инициативы, а также обрести способность справляться с окружающими стрессами.

Развитие представлений о стабильном объекте – это познавательное преимущество для пациентов способных перемещаться, способствует развитию компенсации трудноуловимых ориентиров в окружении, развивает утраченное оптико-пространственное положение схемы тела в окружающей средовой обстановке

Пациенты с ограниченной мобильностью апатичные, со сниженной инициативой, мотивацией, функционально не активны. Их образ жизни становится пассивным и несамостоятельны, поэтому очень важно уже на раннем этапе реабилитации вертикализировать лежачего пациента и развивать функцию стояния и ходьбы.

Известно, что пациенты со спинномозговой грыжей на уровне грудного и поясничного отделов позвоночника, которым непрерывно проводилась реабилитация, начиная с острой фазы болезни, имели больший потенциал и результативность восстановления постурального контроля на раннем этапе и больше самостоятельности в позднем периоде реабилитации.

Ранний тренинг двигательных функций с помощью медицинской технологии в РПК «Атлант» работает одновременно на достижение нескольких целей: ходьба, стояние, весовая нагрузка, улучшение контроля головы и туловища, увеличение силы, расширение диапазона движений.

Прогресс с помощью методов нейродинамической стимуляции позволяет постепенное повышение переносимости вертикальной весовой нагрузки, увеличение проходимой дистанции, снижение потребности в помощи или поддержке при ходьбе.

В области физической терапии развитие мобильности методом кинезотерапии в РПК «Атлант», позволяет терапевту инициировать более раннюю ходьбу у пациентов, имеющих тяжелую степень нарушения супраспинального контроля при заболеваниях ЦНС и при ее повреждении.

Нейродинамическая техника, – это живая концепция, направленная на решение проблемы: как наилучшим образом руководить пациентом в целом, со знанием типичного и нетипичного развития нарушений в двигательной сфере, нарушенной индивидуальной биомеханики движения, она позволяет создать оптимальное биомеханическое выпрямление в процессе стояния, весовую нагрузку на нижние конечности, динамическую весовую нагрузку при шагании и переносе тяжести тела.

С точки зрения теории динамических систем моторное обучение происходит через движения, которые включают в себя: повторение, функциональный контекст, вовлечение в окружающую среду, целевое направление, практику и обратную связь. При наземной тренировке ходьбы присутствует постоянная практика и повторение через выполнение шаговой задачи снова и снова. Это может способствовать целевому ориентированию и мотивации к движению.

Ранняя тренировка ходьбы помогает проходить через типичные стадии развития движения, от локомоции до ходьбы. Физические последствия, такие как возрастание силы, расширение амплитуды движений суставов, нейромоторное развитие, респираторные и сердечно-сосудистые улучшения, должны быть полностью изучены и поддерживаться в процессе моторного развития пациентов с неврологическим двигательным дефицитом.

Нормальная ходьба требует точного исполнения движений таза и нижних конечностей и специфически распределение по времени последовательных движений и сокращений мышц. Эти следующие друг за другом компоненты могут быть по отдельности усилены, а затем объединены вместе в общий рисунок ходьбы.

Закрепляющей целью тренинга у пациента с двигательным неврологическим дефицитом является ходьба.

Ходьба представляет собой в этом положении степень ловкости. Как и во всех других видах активности следует обращать внимание на качество движений. Комбинированные движения противоположных конечностей, включающих в себя упражнения в положении стоя, требуют хорошего моторного контроля и хорошей реакции на равновесие. Для большинства пациентов по психологическим причинам умение стоять в начальной стадии лечения является важным даже если еще не выработались достаточные основания для этого положения. Безуспешные попытки ходить указывают пациенту на необходимость развития контроля по элементам ходьбы в менее сложных положениях на более ранней ступени лечения. Надо опасаться опережать возможности пациента, так как короткие периоды стояния и шагания могут быть важными для психологической поддержки, но -в то же время приводят к заблуждению пациента и врача и не способствует выработке правильной походки и ротации туловища, что являются нужными и главными движениями, составляет базисную основу, к которым необходимо стремиться.

МЕТОД ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СКОЛИОЗЕ 1-2 СТЕПЕНИ У ПОДРОСТКОВ.

**Каладинова Т.И., Байсеркина Ф.Д., Дарибаев Ж.Р., Сабербекова М.О.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр» г. Астана**

Актуальность. Сколиотическая деформация позвоночника - наиболее распространенная патология опорно-двигательного аппарата. Интенсивное развитие заболевания отмечается в период активного роста и развития опорно-двигательного аппарата (детский и подростковый возраст). По последним данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан 30-40 % детей младшего школьного возраста имеют нарушение осанки и плоскостопие. Согласно результатам статистических исследований в подростковом возрасте пороки осанки и сколиозы встречаются приблизительно у 60% мальчиков и 73% девочек.

При развитии сколиоза происходит боковое искривление позвоночника, с изгибанием позвонков и ротацией тел вокруг своей оси. Различают «S» или «C» образную форму искривления. Наличие искривления, в свою очередь снижает устойчивость позвоночника к действию деформирующих влияний (силы гравитации, повышенные нагрузки), развивается дисбаланс мышечно-связочного аппарата, нарушается взаиморасположение внутренних органов, что оказывает неблагоприятное влияние на их функционирование.

До настоящего времени подавляющее число детей и подростков с начальными формами сколиоза получают консервативное лечение в амбулаторных условиях. Оно включает ЛФК в группе и индивидуально, ортопедический режим, лечебное плавание и применение курсов физиотерапевтических процедур. Несмотря на то, что сколиоз относится к категории первично хронических заболеваний, потенциал активного включения пациентов в процесс лечения используется ограниченно. Метод электромиографической биологической обратной связи позволяет качественно пересмотреть подход к применению факторов физического воздействия и использовать волевое участие пациентов в реабилитации.

Цель исследования: уменьшение прогрессирования сколиотической деформации, укрепление мышечного корсета и сокращение сроков реабилитации при назначении тренировок электромиографической биологической обратной связи «Миотоник».

Материалы и методы исследования. За 6 месяцев 2014г тренировки ЭМГ БОС проведены в РДРЦ в кабинете БОС опорно-двигательном на 12 пациентах в возрасте 10-18 лет.

Предлагаемый метод коррекции сколиоза заключается в полном поэтапном решении специальных лечебных задач, путем тренировки патогенетически значимых мышц на аппаратах ЭМГ БОС и делится на три этапа:

- 1 этап. Подготовительный (1-4 занятия):
 - обучение выполнения упражнений под контролем аппарата;
 - восстановление мышечного тонуса.
- 2 этап. Основной (12-15 занятий):
 - увеличение сократительной способности силы мышц разгибающих туловище, прямых мышц живота, ягодичных мышц при исходном положении лежа;
 - обучение правильной осанке при исходно положении стоя
- 3 этап. Заключительный (5-10 занятий):
 - восстановление ритма движения;
 - выработка выносливости мышц.

Для проведения тренировки электроды накладываются на широчайшие мышцы спины справа и слева. Важным моментом на первой процедуре является правильный выбор индекса усиления, при котором пациент может вызвать сокращение тренируемой мышцы в течении 2-5 сек, что будет сопровождаться смещением и удержанием световой метки. Пациент получает задание на выполнение 50-120 сокращений тренируемой мышцы, удержание напряженной тренируемой мышцы в течении 3-5 секунд, обеспечивая переход динамического сокращения в изометрическое.

В среднем, через 2-3 недели при комплексном лечении наблюдается восстановление сократительной способности широчайшей мышцы спины справа и слева.

Критерием эффективности процедур ЭМГ БОС является функциональная проба с удержанием на время туловище (угол 30 град) при фиксированных ногах. Данная проба отражает показатели силовой выносливости мышечных групп передней и задней поверхности туловища.



Для тренировки мышц применяется следующие упражнения:

И.п. – стоя, свести лопатки и опустить надплечья, при этом следить за тонусом ягодичных мышц и мышц живота. Это упражнение укрепляет мышцы спины, живота и ягодиц, формирует навык правильной осанки. При этом электроды аппарата ЭМГ БОС устанавливаются на проекцию широчайшей мышцы спины по задней подмышечной линии на уровне угла лопатки или электроды накладываются на проекцию трапецевидной мышцы (верхнюю порцию)

Методика функциональной коррекции двигательных расстройств с применением ЭМГ обратной связи строится на основании принципов лечебной физкультуры:

- активность и сознательность;
- Индивидуальный подход в соответствии с особенностями и общим состоянием пациента;
- Наглядность и доступность - соответствие упражнений возможностям пациента;
- Систематичность и длительность;
- Последовательность и постепенность нагрузки в течении одного занятия и во время всего курса;
- Чередование расслабления и напряжения мышц

Итоговая эффективность методики повышается за счет следующих условий:

1. Тренировка нескольких функционально значимых мышечных групп на одном занятии;
2. Длительность тренировки одной мышцы не менее 15 минут;
3. Величина нагрузки устанавливается для каждой тренируемой мышцы и регулируется уровнем чувствительности применяемого аппарата ЭМГ БОС;
4. Продолжительность курса составляет от 10-до 20 занятий;
5. Кратность проведения занятий – первые две недели проводятся ежедневно, начиная с третьей недели – через день

Клинический пример: пациент К-р, 11 лет поступил с жалобами на сутулость, утомляемость, периодическое онемение рук. Наблюдается у ортопеда с диагнозом: Левосторонний грудной сколиоз I степени.

При поступлении асимметрия надплечий и углов лопатки, отклонение позвоночника во фронтальной плоскости от задней средней паравертебральной линии.

Рентгенологически: грудной сколиоз I степени

Проведено комплексное реабилитационное лечение: физиотерапия (парафин, грязевые аппликации, СМТ), ЛФК, гидрокинезотерапия.

Тренировка мышц спины на аппаратуре биологической обратной связи начата через день после поступления. Проведено 18 тренингов БОС на компьютерном «Миотренажере» по указанной методике.

Таким образом, в результате проведенного лечения сформировался навык правильной осанки, асимметрия надплечий и лопаток стала меньше. функциональная проба с удержанием на время туловище улучшилась на 10 мин., амплитуда биоэлектрической активности широчайших мышц спины улучшилось в среднем справа от D 520 мкв до 615 мкв и слева от S 316 мкв до 603 мкв.



Литература:

1. Метод электромиографической биологической обратной связи в комплексной консервативной терапии при сколиозах I-II степени у подростков. Методические рекомендации. Санкт –Петербург, 2003, с. 3-10.
2. Хачатуров Р. С. Лечебная физкультура «-массаж при сколиозе. 1988.
3. Ратнер А. Ю., Приступлюк О. В. О неврологических аспектах проблемы сколиоза у детей. -Ортопедия и травматология, 1984, № 3, с. 34-37.
4. Ишал В. А. К вопросу о возможностях консервативного лечения сколиоза.- Ортопед, травматол., 1990, № 3, с.74-76.

РЕЗЮМЕ

МЕТОД ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СКОЛИОЗЕ 1-2 СТЕПЕНИ У ПОДРОСТКОВ.

Каладинова Т.И., Байсеркина Ф.Д., Дарибаев Ж.Р., Сабербекова М.О.

Показано, что применение метода БОС в комплексном лечении пациентов с сколиозом I-II степени сокращает сроки и улучшает качество проводимых реабилитационных мероприятий.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯЛЫҚ БИОЛОГИЯЛЫҚ КЕРІ БАЙЛАНЫС ӘДІСІНІҢ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ 1-2 ДӘРЕЖЕДЕГІ СКОЛИОЗ КЕЗІНДЕГІ КОМПЛЕКСТІ КОНСЕРВАТИВТІ ТЕРАПИЯСЫ.

Каладинова Т.И., Байсеркина Ф.Д., Дарибаев Ж.Р., Сабербекова М.О.

БКБ әдісін қолдану, науқастардың I-II дәрежелі сколиозындағы комплексті ем алу сатысында өткізілген оңалту шараларының сапасын жақсартып және уақытын қысқартады деп көрсетілген.

SUMMARY

METHOD OF ELEKTROMIOGRAFIC BIOLOGICAL FEEDBACK IN COMPLEX CONSERVATIVE THERAPY AT SCOLIOSIS OF I-II DEGREES AT TEENAGERS.

Kaladinova T.I., Baiserkina F.D., Daribayev Zh.R., Caberbekova M. O.

It is shown that application of method of biological feedback in complex treatment of patients with scoliosis of the I-II degree reduces terms and improves quality of held rehabilitation events.

КЛИМАТО- И ГИДРОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ФИБРОМИАЛГИИ (АНАЛИЗ ПЕРСПЕКТИВНОСТИ МЕТОДА)

Лукашева О.Н., Мельникова Е.А.

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

Фибромиалгия - хроническое состояние, основным и единственным клиническим признаком которого является распространённая мышечная боль, выявляемая при пальпации различных групп скелетных мышц, а также при активных и пассивных движениях в суставах. Заболевание может развиваться на фоне ревматической, эндокринной патологии, в подавляющем большинстве случаев оно сопряжено с депрессивными расстройствами и нарушениями сна. В представлении об этиологии фибромиалгии нет однозначного мнения. Большинство исследователей данной проблемы склоняются к преимущественной роли нарушения обмена серотонина в возникновении данного болевого синдрома. Об этом также косвенно может свидетельствовать положительный эффект селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при лечении данного заболевания. Фибромиалгия плохо поддаётся фармакологической коррекции: препараты группы нестероидных противовоспалительных средств помогают купировать обострения, но не годятся для постоянной терапии; антидепрессанты при длительном приёме позволяют уменьшить боль у 2/3 больных, но не избавляют от боли полностью. В связи с этим встаёт вопрос о немедикаментозных методах лечения пациентов с фибромиалгией. Поскольку мышечная боль при фибромиалгии является хронической и диффузной, очевидно, что немедикаментозные факторы лечения должны носить системный или центральный характер. В первом случае воздействие направлено на мышечный аппарат и заключается в расслаблении, улучшении кровоснабжения, нормализации тонуса мышц. Во втором случае речь идёт о транскраниальных методах воздействия и психотерапии, позволяющих «разорвать циркуляцию боли» в центральной нервной системе. Одним из путей системного воздействия на скелетную мускулатуру – основной источник боли при фибромиалгии – является использование водолечения и климатотерапии. Воздействие на кожные покровы водой различной температуры и под различным давлением запускает ряд сосудистых и иных рефлексов, которые выражаются в изменении тонуса сосудов кожи и подлежащих тканей, в том числе мышц, частоты сердечного ритма и дыхательных движений, общего самочувствия. Вода определённых температур может дать анальгетический и миорелаксирующий эффект. Таким образом, курс гидротерапии может оказаться способным уменьшить выраженность болевого синдрома при фибромиалгии, снизив зависимость от лекарственных средств, а при регулярном повторении курсов физиотерапевтического лечения, возможно, избавить от необходимости приёма препарата с анальгезирующим эффектом. Санаторно-курортное лечение также играет немаловажную роль в улучшении самочувствия больных, снижая выраженность депрессивной симптоматики и тревожно-ипохондрических расстройств, которые являются неотъемлемыми спутниками хронического

болевого синдрома и занимают определённое место в его патогенезе.

Таким образом, с помощью гидро- и климатотерапии возможно стабильное уменьшение выраженности боли при фибромиалгии при условии регулярности курсов такого лечения.

Climato- and hydrotherapy of chronic pain in fibromyalgia (analysis of the prospects of method)

Lukasheva O.N., Melnikova E.A.

Moscow Department of Public Health, Moscow Center for Research and Practice in Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine

Fibromyalgia is a chronic condition, the main and the only clinical sign of which is widespread muscle pain, detectable by palpation of different groups of skeletal muscles, as well as during active and passive movements. The disease can develop on the background of rheumatic, endocrine disorders, in most cases it is associated with depression and sleep disorders. There is no clear opinion in the view of the etiology of fibromyalgia. Most researchers of this problem tend to the predominant role of serotonin metabolism disorders in the occurrence of pain. A positive effect of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of this disease provides indirect evidence of its role. Fibromyalgia responds poorly to pharmacological correction: nonsteroidal anti-inflammatory drugs help to arrest the deterioration, but are not suitable for continuous therapy; antidepressants for chronic administration can reduce pain in 2/3 of patients, but don't eliminate the pain completely. In this regard, there is a question about non-drug treatments for patients with fibromyalgia. Because muscle pain in fibromyalgia is a chronic and diffuse, it is clear that non-drug treatment factors must act systemically or via the central nervous system. In the first case, the action is directed on the muscular system and is used to relax, improve blood circulation, normalize muscle tone. In the second case we are talking about the effects of transcranial methods and psychotherapy, allowing «break the cycle of pain» in the central nervous system. One of the ways of the systemic exposure on skeletal muscle - the main source of pain in fibromyalgia - is the use of hydrotherapy and climatotherapy. The impact on the skin with water of different temperatures and under different pressures launches a number of vascular and other reflexes, which are expressed in changing the tone of the vessels of the skin and underlying tissues, including muscles, heart rate and respiratory movements, general well-being. Water temperature can give certain analgesic and muscle relaxant effects. Thus, hydrotherapy may be able to reduce the severity of pain in fibromyalgia, reducing dependency on drugs, and thus the regular repetition of courses of physiotherapy treatment may eliminate the need for taking drugs with analgesic effect. Hydrotherapy and climatotherapy also play an important role in improving the health of patients, reducing the severity of depressive symptoms and anxiety disorders which are essential companions of chronic pain and occupy a certain place in its pathogenesis.

Thus, with the help of hydro- and climatotherapy we have an opportunity to reduce pain steadfastly in fibromyalgia in case of regular courses of such treatment.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Е.М. Маннова, ЦПРН, Москва

Ключевые слова: нейрореабилитация, логотерапевтические занятия, нейропсихология.

Принцип преемственности в процессе нейрореабилитации пациентов с очаговыми поражениями мозга реализуется на нескольких этапах восстановительного лечения. На первом этапе, в остром и раннем восстановительных периодах заболевания, пациентам оказывается специализированная помощь в условиях реанимационного или стационарного отделения. На следующем этапе восстановительного лечения в условиях специализированного учреждения наряду с медицинскими мероприятиями активно продолжают занятия с нейропсихологом и логотерапевтические занятия не только в индивидуальной, но и в групповой форме, в том числе с применением технических средств обучения. С целью автоматизации навыков, полученных в условиях систематических занятий, необходимо продолжать курс нейрореабилитации в условиях стационара на дому, дневного стационара ЦПРН или территориальных поликлиник. Однако все пациенты имеют такую возможность по разным причинам. Одна из причин - это территориальная удаленность места проживания пациента от пункта оказания помощи. В ЦПРН сформирован Центр телемедицины, на базе которого мы начали осуществлять дистанционный курс нейрореабилитации пациентов, прошедших лечение в стационаре.

В настоящее время интерактивное взаимодействие посредством информационных коммуникационных сетей стало перспективным направлением в обучении и позволяет модернизировать процесс образования. Согласно приказу 137 Министерства образования и науки РФ от 06.05.2005 «Об использовании дистанционных образовательных технологий» установлены правила использования дистанционных образовательных технологий образовательными учреждениями при реализации основных и (или) дополнительных образовательных программ начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования и образовательных программ профессионального образования.

Учитывая Порядок использования дистанционных образовательных технологий, установленный в приказе 137, мы предлагаем применять дистанционное обучение в рамках непрерывного процесса нейрореабилитации пациентов с очаговыми поражениями в результате инсультов, ЧМТ или нейроинфекций.

Одним из средств Интернет-технологий является программа Skype. Это привычная схема общения для интернет-пользователей, так как позволяет осуществлять бесплатные видео-звонки и обмен сообщениями. Задачи: проведение индивидуальных логотерапевтических занятий с пациентами,

не имеющими возможности прохождения курса реабилитации в условиях стационара; формирование мотивации к продолжению восстановительного лечения; контроль деятельности пациента; самостоятельная деятельность пациента при выполнении домашних заданий; осуществление самоконтроля со стороны пациента при работе с видео-регистраторами. Процесс нейрореабилитации с использованием программы Skype предполагает проведение занятий с пациентом, прошедшим курс лечения в стационарном отделении ЦПРН. К моменту начала дистанционных занятий с использованием компьютерной техники у специалиста есть данные проведенных обследований, в том числе нейропсихологического (известны топический диагноз, нейропсихологический статус), также специалист осведомлен об индивидуальных особенностях личности и компенсаторных возможностях пациента. В период нахождения пациента в стационаре специалист оценивает степень владения пациентом ПК, разрабатывает программу дальнейшего курса восстановительного обучения, устанавливает регулярность и продолжительность занятий. В конце курса выбираются возможные виды деятельности на занятиях с использованием программы Skype (устные и письменные формы работы, работа с иллюстрациями, проверка результатов деятельности). Также проводится обучение обмену файлами и сохранению материалов в ранее созданную папку на рабочем столе. Важно то, что получено разрешение врача для работы пациента на компьютере. Первое занятие (подготовительное) в домашних условиях предполагает установление связи, проверку исправности оборудования, настройку звука на компьютере, чувствительности микрофона, видеокамеры, и т.д. Часто требуется участие третьих лиц для оказания помощи пациенту в налаживании оборудования. На первых этапах работы значительная часть времени отводится на установление связи (10-15 мин.), рабочее время составляет 20 мин., передача файлов и объяснение заданий для самостоятельного выполнения занимает 10-15 мин. Наш опыт проведения занятий с использованием программы Skype показывает, что дидактический материал лучше предъявлять в виде отдельно нарезанных карточек 10x15 (формат А5). На занятии необходимо наличие чистого листа бумаги, черного маркера с целью написания слов-подсказок в случае затруднений со стороны пациента. Средняя продолжительность занятия составляет 50 мин. и включает организационный момент (3-5 мин.), рабочее время (30-40 мин.), заключительную часть (5 мин.). Этапы занятия: проверка домашнего задания, выполнение новых упражнений, закрепление пройденного материала, объяснение заданий для самостоятельного выполнения. План занятия и задания для самостоятельной работы готовятся заранее. При работе с компьютером специалистом

соблюдаются следующие режимы: рабочее время 40-45 мин., перерыв 15-20 мин. Эти требования изложены в инструкции по охране труда при работе на персональных электронно-вычислительных машинах и видеодисплейных терминалах. Таким образом, специалист может провести в день не более 4-х индивидуальных занятий.

Занятия с применением программы Skype в первую очередь рекомендованы пациентам, у которых в речевом статусе дизартрия, моторная (эфферентная, афферентная) форма афазия, динамическая афазия, акустико-мнестическая афазия, семантическая афазия (при этом речевой дефект должен быть средней и легкой степени выраженности). Противопоказаниями к занятиям являются общие медицинские противопоказания для работы с компьютером (например, грубые нарушения слуха и зрения, эпилепсия, гипертонический криз и

т.д.), а также грубая степень выраженности речевых расстройств (например, при сенсорной афазии работа на компьютере осложнена первичными трудностями понимания обращенной речи; при динамической афазии - выраженными perseverациями, эхолалиями, трудностями включения в произвольную деятельность).

Организация логопедических занятий в рамках непрерывного длительного процесса нейрореабилитации с применением средств телемедицины позволяет компенсировать отсутствие специалистов по месту жительства пациентов и дают возможность автоматизировать коммуникативные навыки, полученные на индивидуальных и групповых логотерапевтических занятиях, повышают мотивацию к восстановлению, а главное - позволяют реализовать основные принципы непрерывности и преемственности в процессе нейрореабилитации.

THE USE OF NEUROPHYSIOLOGICAL STUDIES FOR AN INDIVIDUALIZED APPROACH TO PREDICTING THE RECOVERY OF STROKE PATIENTS AND CONTROL OF THE REHABILITATION

Melnikova E.A., Razumov A.N.

Moscow Department of Public Health, Moscow Center for Research and Practice in Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine

Stroke is one of the main causes of persistent violations of functions and maladjustment in the adult population. Therefore the need for improved approaches to the rehabilitation of such patients is not in doubt. Definition of individual prognosis for recovery of a function is optional, as it affects the construction of the rehabilitation program. Unfortunately, there are no objective criteria designed to allow «selection» of patients for individualized use of the most effective rehabilitation measures. Thus, the lack of necessary information for the correct «selection» of patients often leads to loss of time spent trying to implement unattainable goals, with no attention, given to the rehabilitation of function, promising to restore. Thus, impaired hand function in patients after stroke often acts as a leading cause of disability and reduces the persistent social activity. Basing on the results of research, we hypothesized that concomitant cognitive impairments (CI) can affect the functional prognosis, so early detection of the CI will allow a more adequate approach to the process of individual rehabilitation. As for the walk, the «bad» forecast for recovery is often associated with severe dysfunction of the hand. In addition, as an obstacle to achieving success in the rehabilitation of walking, we have

assumed the presence of postural disorders (imbalance, the risk of falls).

Neuropsychological and neurophysiological research methods allow us not only to «localize» the lesion, but also to identify impaired functional connections, which are very important to evaluate the rehabilitation prognosis as patients with the same localization of focus on neuroimaging data may have a different outlook on the recovery due to the different degrees of preservation of functional connections. The aim is to assess the possibility of determining the functional prognosis and monitoring of the process of rehabilitation of stroke patients, using neuropsychological and neurophysiological methods.

We used the following methods for objectification of existing disorders in dynamics: neurological examination, extended neuropsychological testing with qualitative and quantitative evaluation of the results, neurophysiological examination (brainstem auditory stem evoked potentials (AEP), cognitive potential P300), assessment of the general and local functional scales used in rehabilitation. The study included 44 patients with stroke and 35 healthy volunteers of the control group (Table 1).

Table 1.
Characteristics of patients and volunteers in the control group

Characteristics		Patients, undergoing rehabilitation (n=44)	Control group (n=35)*
Education	higher	16 (36,4%)	19 (54,3%)
	secondary	28 (63,6%)	16 (45,7%)
Gender	men	32 (72,7%)	27 (77,2%)
	women	12 (27,3%)	8 (22,8%)
Mean age		58,20±10,05	55,4±10,8
Long standing of stroke (in months)		36,0±29,22	-
Subtype of stroke	ischemic	36 (81,8%)	-
	hemorrhagic	8 (18,2%)	-
Localization of stroke	hemispheric	40 (90%)	-
	stem	4 (10%)	-
Side of stroke	right	12 (30%)	-
	left	28 (70%)	-
Number of strokes		1 – 63,6% 2 – 27,3% 3 и более - 9,1%	-

* for evaluation of the results of neuropsychological testing

All patients had mild (MiCI) or moderate cognitive impairments (MCI) (criteria of R. Petersen, 1999). MiCI were detected in 17 (38.6%), MCI - in 27 (61.4%) patients. Patients with MiCR had deteriorations of neurodynamic

character. Patients with MCI had changes due to mainly dysfunction of fronto-subcortical structures, exhibiting the following symptoms: impaired planning and control of voluntary activity, decreased memory, visuospatial disorders (Table 2).

Table 2.
The results of neuropsychological testing (difference from the control group)

Neuropsychological test	Patients	Control group	The probability of error (p)
Test for literal associations (verbal fluency)	8,27±4,5*	13,63±5,7	0,008
Semantic test (test for categorical associations)	15,09±4,8	18,11±5,5	0,345
Mini mental state examination	26,64±2,7	28,0±1,3	0,232
Frontal assessment battery scale	15,64±1,9*	16,7±1,1	0,048
Clock drawing test**	7,56±2,3	9,62±1,2	0,133
Test for repetition of 12 words (in Grober and Buschke modification)	17,09±3,9*	20,19±2,9	0,028
Symbol-digital combination test	23,9±5,3*	43,93±8,7	0,000
Digit backward **	4,0±1,09	5,04±1,25	0,121

*p<0,05

** the results of the clock drawing test and digit backward test have significantly differences from the norm (which in this sample are not statistically significant)

The correlations of quantitative indicators of studied neurological functions with neurophysiological parameters are revealed: planning and control of voluntary activity,

verbal fluency, memory, visuospatial orientation, postural instability and the high risk of falls - with interpeak latency of I-V components of AEP; planning and control of voluntary activity with the absolute value of the latent period of P300 cognitive potential, as well as with the severity of hemispheric asymmetry (Table 3).

Table 3.

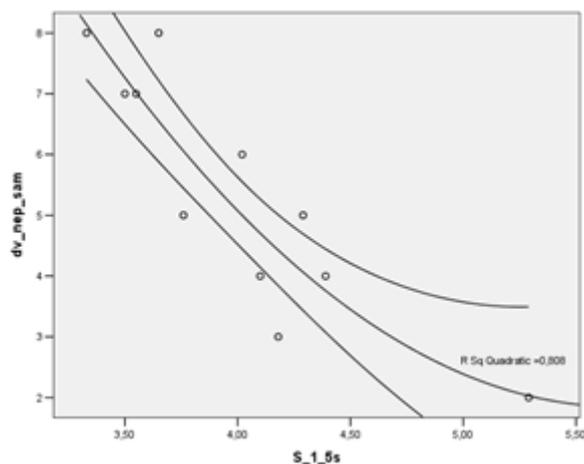
The correlations of neurological functions with neurophysiological parameters (Spearman test, r – the correlation coefficient, p – the probability of the error)

Fuctions	Neurophysiological parameters		
	Interpeak latency of I-V components of AEP	The latent period of P300	The severity of hemispheric asymmetry relative to amplitudes of the I / V components of AEP
Planning and control of voluntary activity	-	$r = -0,616$ $p = 0,047$	$r = -0,828$ $p = 0,002$
Verbal fluency	$r = -0,642$ $p = 0,04$	-	-
Short-term memory	$r = -0,685$ $p = 0,037$	-	-
Visuospatial orientation	$r = -0,744$ $p = 0,013$	-	-
Postural instability and the high risk of falls	$r = 0,982$ $p = 0,001$	-	-

A linear regression relationship between the performance of short-term memory (according to the test of 12 words) and interpeak latency of I-V components of AEP is revealed (the more elongated interpeak latency of I-V components of AEP is associated with worse performance of memory in patients) (Fig. 1).

Fig. 1.

The dependence of the results of direct self-reproducing in the test of 12 words from interpeak latency of I-V components of AEP (quadratic regression with 95% confidence interval, $p = 0.000$).

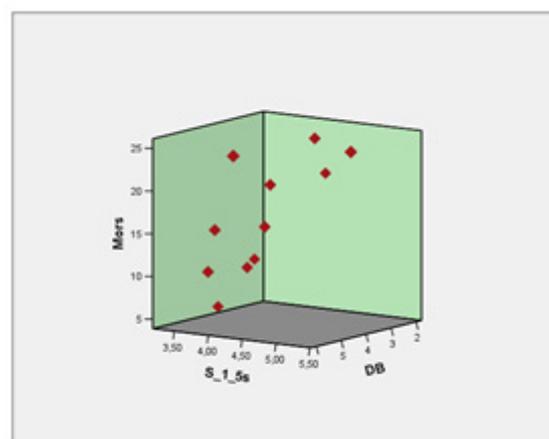


In addition, the severity of postural disorders, disorders of planning and control and value of interpeak latency of I-V components of AEP are in tripartite linear regression dependence (the more elongated interpeak latency of I-V components of AEP and expressed violations of frontal functions are associated with the more pronounced postural disorders) (Fig. 2).

Fig. 2.

The dependence of results in the scale of the probability of falls (Mors-Fall-Scale) from interpeak latency of I-V

components of AEP and results of digit backward test is displayed (linear regression with 95% confidence interval, $p = 0.001$).



A clear two-way direct relationships between impaired hand (decreased strength and agility) and severity of the frontal-subcortical dysfunction by digit backward test and visuospatial disorders in clock drawing test are found (the more pronounced dysfunction of the hand is associated A clear two-way direct relationships between impaired hand (decreased strength and agility) and severity of the frontal-subcortical dysfunction by digit backward test and visuospatial disorders in clock drawing test are found (the more pronounced dysfunction of the hand is associated with the worse performance on tests for frontal-subcortical dysfunction and visual-spatial orientation) (Fig. 3, 4).

Fig. 3.

The dependence of the results of digit backward test from the safety of the force in the distal arm (linear regression with 95% confidence interval, $p = 0.001$).

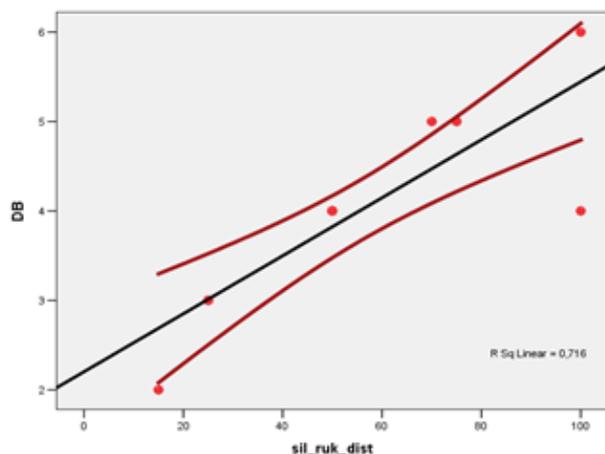
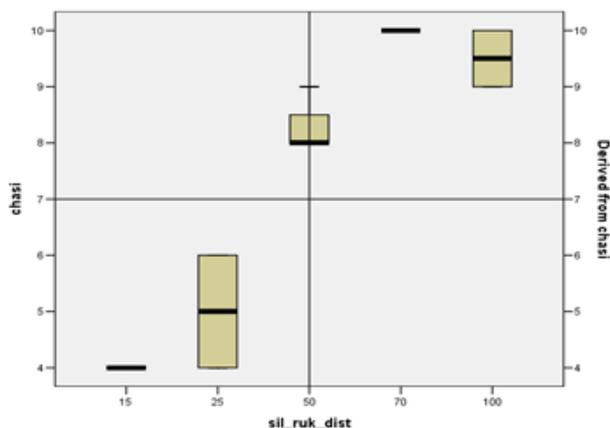


Fig. 4.

The dependence of the results of the clock drawing test from the safety of the force in the distal arm (linear regression with 95% confidence interval, $p = 0.004$).



The study reached the following conclusions:

1. Identified CI with a degree of moderate can be regarded as a poor prognostic factor for recovery of hand function. A clear two-way direct relationship between impaired hand (decreased strength and agility) and severity of the frontal-subcortical dysfunction and visuospatial disorders was shown.

2. It was established that elongated interpeak latent periods of AEP, extension latency of P300 (beyond age norms) were characterized mainly for patients with MCI who had postural disorders with the high risk of falls. These patients, according to previously received results, almost did not have the improvement of motor functions (walking) during rehabilitation as opposed to patients who had MCI in which the parameters of evoked potentials were within the age norm ($p < 0,05$).

Thus, according to our data, evoked potentials of the brain in conjunction with the results of the extended neuropsychological testing may be an objective indicator to predict and possibly control the dynamics of recovery of cognitive and motor functions in the rehabilitation of stroke patients.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, И КОНТРОЛЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Мельникова Е.А., Разумов А.Н.

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

Инсульт – одна из основных причин стойкого нарушения функций и дезадаптации среди взрослого населения. Именно поэтому необходимость совершенствования подходов к реабилитации таких больных не вызывает сомнений. Определение индивидуального прогноза на восстановление той или иной функции является обязательным, поскольку от этого зависит построение программы реабилитации. К сожалению, в настоящее время не разработаны объективные критерии, позволяющие производить «отбор» пациентов для индивидуализированного проведения наиболее эффективных реабилитационных мероприятий. Таким образом, отсутствие необходимой информации для правильного «отбора» пациентов зачастую приводит к потере времени, потраченного на попытку реализации недостижимых целей, при этом должное внимание к реабилитации функции, перспективной для восстановления, не уделяется. Так, нарушение функции руки у больных после инсульта часто выступает как ведущая причина стойкой инвалидизации и снижения социальной активности. Учитывая результаты фундаментальных исследований, мы предположили, что сопутствующие когнитивные расстройств (КР) могут влиять на функциональный прогноз, и поэтому раннее выявление КР позволит более адекватно подойти к процессу индивидуальной реабилитации. Что же касается ходьбы, то «плохой» прогноз на восстановление часто связывают с

выраженным нарушением функции руки. Кроме того, в качестве фактора, препятствующего достижению успеха в реабилитации ходьбы, мы предположили наличие у больного постуральных расстройств (нарушение равновесия, риск падений).

Нейропсихологические и нейрофизиологические методы исследования позволяют не только «локализовать» очаг поражения, но и выявить нарушенные функциональные связи, что очень важно для оценки реабилитационного прогноза, поскольку пациенты с одинаковой локализацией очага по данным нейровизуализации могут иметь различный прогноз на восстановление именно вследствие различной сохранности функциональных связей. Целью работы является оценка возможности определения функционального прогноза и контроля процесса реабилитации пациентов, перенесших инсульт, с помощью нейропсихологических и нейрофизиологических методов.

Мы применяли следующие методы для объективизации имеющихся расстройств в динамике: неврологический осмотр; расширенное нейропсихологическое обследование с качественной и количественной оценкой результатов; нейрофизиологическое обследование (коротколатентные слуховые стволовые вызванные потенциалы (СВП), когнитивный потенциал Р300); оценка по общим и локальным функциональным шкалам, применяемым в реабилитации. Обследованы 44 пациента с инсультом, проходившие реабилитацию в стационаре нашего Центра, и 35 добровольцев контрольной группы (табл. 1).

Таблица 1.
Характеристика пациентов и добровольцев контрольной группы

Характеристики		Пациенты, проходившие реабилитацию в клинике (n=44)	Контрольная группа (n=35)*
Образование	высшее	16 (36,4%)	19 (54,3%)
	среднее	28 (63,6%)	16 (45,7%)
Пол	мужчины	32 (72,7%)	27 (77,2%)
	женщины	12 (27,3%)	8 (22,8%)
Средний возраст		58,20±10,05	55,4±10,8
Давность инсульта (в месяцах)		36,0±29,22	-
Подтип инсульта	ишемический	36 (81,8%)	-
	геморрагический	8 (18,2%)	-
Локализация инсульта	полушарный	40 (90%)	-
	стволовый	4 (10%)	-

Сторона инсульта	правая	12 (30%)	-
	левая	28 (70%)	-
Количество перенесенных инсультов		1 – 63,6% 2 – 27,3% 3 и более - 9,1%	-

*для оценки результатов нейропсихологического обследования

У всех больных были выявлены когнитивные расстройства легкой (ЛКР), или умеренной (УКР) степени выраженности (критерии R. Petersen, 1999). ЛКР выявлены у 17 (38,6%), УКР – у 27 (61,4%) больных. У больных с ЛКР выявленные нарушения

имели нейродинамический характер. У пациентов с УКР изменения обусловлены преимущественно дисфункцией лобно-подкорковых структур, проявляющейся следующими симптомами: нарушение планирования и контроля произвольной деятельности, снижение оперативной памяти, зрительно-пространственные расстройства (табл. 2).

Таблица 2.

Результаты нейропсихологического обследования (отличия от контрольной группы)

Нейропсихологический тест	Пациенты	Контрольная группа	Вероятность ошибки (p)
Тест на литеральные ассоциации (беглость речи)	8,27±4,5*	13,63±5,7	0,008
Тест на семантические (категориальные) ассоциации	15,09±4,8	18,11±5,5	0,345
Краткая шкала оценки психического статуса	26,64±2,7	28,0±1,3	0,232
Батарея тестов для оценки лобной дисфункции (БТЛД)	15,64±1,9*	16,7±1,1	0,048
Тест рисования часов**	7,56±2,3	9,62±1,2	0,133
Тест повторения 12 слов (в модификации Гробера и Бушке)	17,09±3,9*	20,19±2,9	0,028
Тест на символично-цифровое сочетание	23,9±5,3*	43,93±8,7	0,000
Тест повторения цифр в обратном порядке **	4,0±1,09	5,04±1,25	0,121

*p<0,05

**по результатам теста рисования часов и теста повторения цифр в обратном порядке имеются существенные отличия от нормы (в данной выборке не являющиеся статистически значимыми)

Выявлены корреляции количественных показателей изучаемых неврологических функций с нейрофизиологическими параметрами: планирования и контроля произвольной деятельности, беглости речи,

оперативной памяти, зрительно-пространственной ориентации, а также постуральной неустойчивости и высокого риска падений – с межпиковой латентностью I-V компонентов СВП; планирования и контроля произвольной деятельности с абсолютным значением латентного периода когнитивного потенциала P300, а также с выраженностью межполушарной асимметрии (табл. 3).

Таблица 3.

Корреляция результатов количественной оценки неврологических функций с нейрофизиологическими параметрами (критерий Спирмана, r – коэффициент корреляции, p – вероятность ошибки)

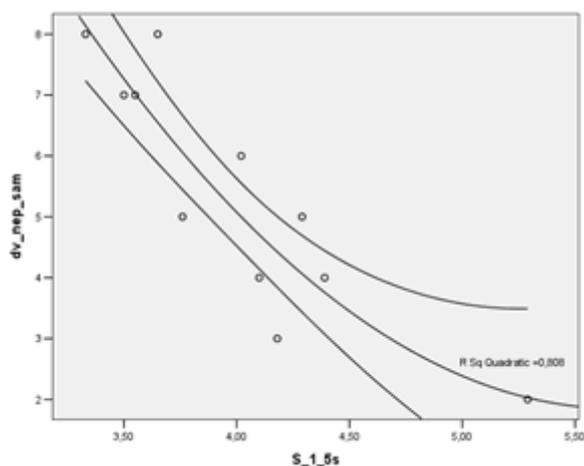
Функции	Нейрофизиологические параметры		
	Межпиковая латентность I-V компонентов СВП	Латентный период компонента P300	Выраженность межполушарной асимметрии по отношению амплитуд I/V СВП
Планирование и контроль произвольной деятельности	-	r= -0,616 p= 0,047	r= -0,828 p= 0,002
Беглость речи	r= -0,642 p= 0,04	-	-
Оперативная память	r= -0,685 p= 0,037	-	-

Зрительно-пространственная ориентация	r= -0,744 p= 0,013	-	-
Постуральная неустойчивость и высокий риск падений	r= 0,982 p= 0,001	-	-

Установлена линейная регрессионная зависимость между показателями оперативной памяти (по тесту 12 слов) и межпиковой латентностью I-V компонентов СВП (т.е. чем более удлинена межпиковая латентность I-V, тем хуже показатели оперативной памяти у пациентов) (рис. 1).

Рис. 1.

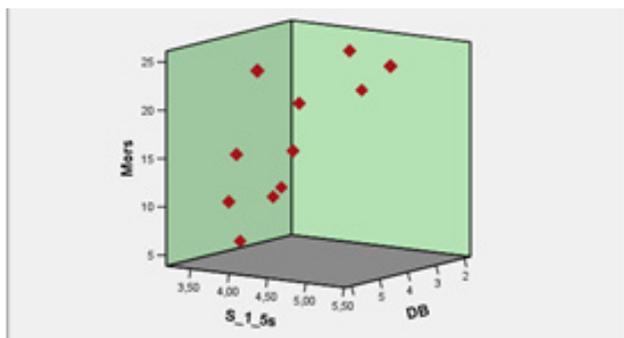
Зависимость исходных показателей непосредственного самостоятельного воспроизведения в тесте 12 слов (оперативная память) от межпиковой латентности I-V компонентов СВП (квадратичная регрессия с 95% доверительным интервалом, $p = 0,000$).



Кроме того, выраженность постуральных нарушений, расстройства планирования и контроля и значение межпиковой латентности I-V компонентов СВП находятся в трехсторонней линейной регрессионной зависимости (т.е. чем более удлинена межпиковая латентность I-V и выражены нарушения лобных функций, тем сильнее выражены и постуральные расстройства) (рис. 2).

Рис. 2.

Зависимость показателей шкалы вероятности падений (Mors-Fall-Scale) от межпиковой латентности I-V компонентов СВП и результатов теста повторения цифр в обратном порядке (линейная регрессия с 95% доверительным интервалом, $p=0,001$).



Установлена четкая двусторонняя прямая зависимость между нарушением функции руки (снижением силы и ловкости) и выраженностью лобно-подкорковой дисфункции по тесту повторения цифр в обратном порядке и зрительно-пространственных расстройств по тесту рисования часов (т.е. чем более выражено нарушение функции руки, тем хуже показатели по тестам на лобно-подкорковую дисфункцию и зрительно-пространственную ориентацию) (рис. 3, 4).

Рис. 3.

Зависимость исходных показателей теста повторения цифр в обратном порядке от сохранности силы в дистальных отделах руки (линейная регрессия с 95% доверительным интервалом, $p = 0,001$).

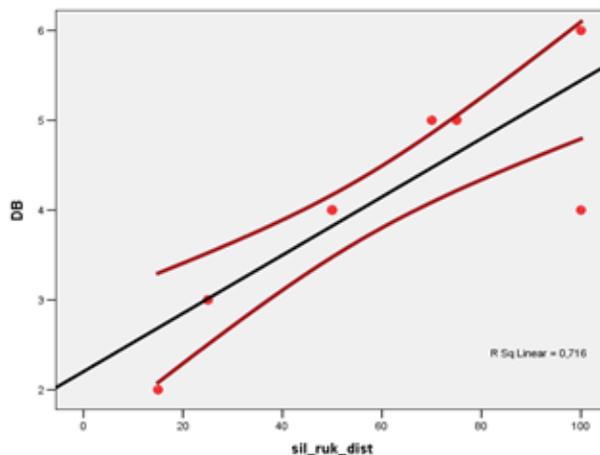
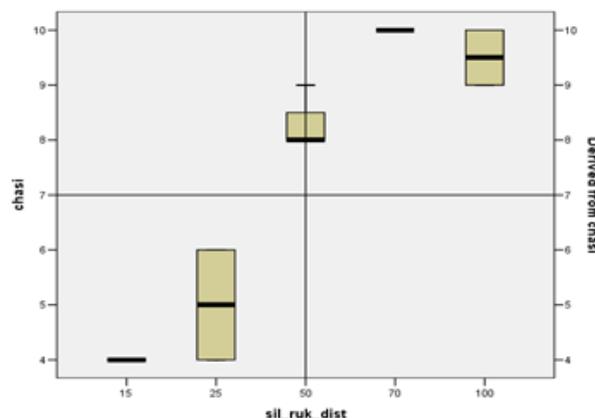


Рис. 4.

Зависимость исходных показателей теста рисования часов от сохранности силы в дистальных отделах руки (линейная регрессия с 95% доверительным интервалом, $p = 0,004$).



В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Выявленные КР при достижении степени УКР могут рассматриваться как прогностически неблагоприятный фактор для восстановления функции руки. Показана четкая двусторонняя прямая зависимость между нарушением функции руки (снижением силы и ловкости) и выраженностью лобно-подкорковой дисфункции и зрительно-пространственных расстройств.

2. Установлено, что удлиненные межпиковые латентные периоды СВП, удлинение латентности потенциала P300 (выходящее за пределы возрастной нормы) были характерны преимущественно для пациентов с УКР, имевших постуральные расстройства

с высоким риском падений. Данные пациенты, по предварительно полученным нами данным, практически не имели улучшения двигательных функций (ходьбы) на фоне реабилитации по сравнению с больными, имевшими УКР, у которых параметры вызванных потенциалов головного мозга оставались в пределах возрастной нормы ($p < 0,05$).

Таким образом, согласно полученным нами данным, вызванные потенциалы головного мозга в сочетании с результатами расширенного нейропсихологического обследования могут являться объективным показателем для прогнозирования и, возможно, контроля динамики восстановления когнитивных и двигательных функций в процессе реабилитации пациентов, перенесших инсульт.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ В ОЦЕНКЕ НАРУШЕНИЙ ВЫСШЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

Мельникова Е.А., Разумов А.Н.

ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальность изучения нарушений высшей психической деятельности после инсульта не вызывает сомнения. В век доказательной медицины становится крайне важным инструментальное подтверждение симптомов, выявленных клинически при нейропсихологическом осмотре. Крайне важно как можно скорее диагностировать когнитивные расстройства (КР) и назначить соответствующие медикаменты, способствующие эффективной реабилитации больных. В последние годы вновь возрастает интерес к нейрофизиологическим методам исследования, несмотря на широкое развитие функциональной нейровизуализации. Цель нашего исследования: оценка значимости нейрофизиологических коррелятов мозговой дисфункции в прогнозировании наличия КР у больных, перенесших обширный ишемический инсульт. Материалы и методы: мы обследовали 26 пациентов и 35 добровольцев контрольной группы, сопоставимых по возрасту и уровню образования. В исследование были включены пациенты с инсультом полушарной локализации в сроки от 3 недель до 1,5 лет с момента инсульта. Пациентам и контрольной группе проводили нейропсихологическое тестирование с качественной и количественной оценкой результатов. Всем больным проводили электроэнцефалографию (ЭЭГ) в покое и с функциональными пробами. Результаты: при нейропсихологическом тестировании мы выявили у всех пациентов КР различной степени выраженности. Пациенты с умеренными когнитивными расстройствами (УКР) были разделены на 2 группы в связи с качественными отличиями по результатам тестирования. Все пациенты с УКР имели сниженные показатели по тестам на лобно-подкорковую дисфункцию. Пациенты с УКР в первой группе также имели мнестические расстройства гиппокампального генеза. При сопоставлении результатов нейропсихологического тестирования с параметрами, полученными при ЭЭГ, выявили, что при нарушении градиента альфа-ритма от задних отделов к передним и амплитуде альфа-ритма в передне-центральных отделах меньше 20-25 мкВ и больше 55-60 мкВ пациенты имели более низкие показатели по тестам на лобно-подкорковую дисфункцию и скорость реакции. Результаты выполнения тестов соответствовали норме у больных, у которых амплитуда альфа-ритма в передне-центральных отделах была в пределах от 25 мкВ до 55 мкВ. Указанный диапазон нормальных значений был характерен и для показателей по шкале депрессии. У

больных с амплитудой альфа-ритма меньше 20-25 мкВ и больше 55-60 мкВ наблюдался рост общего балла по шкале, что соответствовало депрессии мягкой или мягко-умеренной степени выраженности. Выводы: 1. Повышение амплитуды альфа-ритма более 60 мкВ и снижение ниже 20 мкВ в передне-центральных отделах отражает нарушение иерархического регулирования функций структур головного мозга в виде доминантного синхронизированного («тормозного») состояния мозга. 2. При нарушении физиологического градиента и изменении амплитуды альфа-ритма менее 20 мкВ и более 60 мкВ в передне-центральных отделах вероятность обнаружения УКР у больных с ишемическим инсультом составляет более 70%. 3. Амплитуда альфа-ритма в передне-центральных отделах может являться одним из показателей эффективности консолидации информации при запоминании и скорости ее извлечения из памяти, а также объективным отражением эмоционального состояния. 4. Амплитуда альфа-ритма в передне-центральных отделах является объективным показателем при оценке текущего состояния, для прогнозирования течения КР у больных, а также для планирования реабилитации.

NEUROPHYSIOLOGICAL PARAMETERS IN THE EVALUATION OF DISTURBANCES OF HIGHER MENTAL ACTIVITY AND DETERMINING THE TACTICS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH STROKE

Melnikova E.A., Razumov A.N.

Moscow Department of Public Health, Moscow Center for Research and Practice in Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine

Actuality of the study of post-stroke brain dysfunction is not in doubt. In the age of evidence-based medicine it becomes extremely important to have a tool for confirmation of symptoms, identified clinically by neuropsychological examination. It is essential as soon as possible to identify cognitive impairment (CI) and assign the appropriate medications that contribute to effective rehabilitation of patients. In recent years an increasing interest is found in neurophysiological methods, despite the widespread development of functional neuroimaging. The goal of our study was to estimate the significance of neurophysiological parameters in predicting the presence of CI in patients with extensive ischemic stroke. Materials and methods: we examined 26 patients and 35 volunteers of the control group matched for age and level of education. The study included patients with stroke of hemispheric localization in the period from 3 weeks to 1.5 years

after event. Patients and volunteers in the control group undergone an extended neuropsychological testing with qualitative and quantitative evaluation of the results. All patients underwent electroencephalography (EEG) in rest and with functional tests. Results: according to the results of neuropsychological testing, we identified cognitive disorders of varying severity in all patients. Patients with moderate cognitive impairment (MCI) were subdivided into two groups in relation to the qualitative differences between the results of testing. All patients with MCI had reduced performance on tests for frontal-subcortical dysfunction. Patients with MCI in the first group also had mental disorders of hippocampal origin. While combining the results of neuropsychological testing with EEG parameters, we found that the absence of gradients of the alpha rhythm from posterior to the frontal region and the amplitude of alpha rhythm in the anterior- central regions of less than 20-25 mV and more than 55-60 mV were associated with lower scores on neuropsychological testing. The results of tests were normal in patients with amplitude of alpha rhythm in the anterior- central parts between 25 mV to 55 mV. The same range of normal

values was seen in the performance of depression scale. In patients with amplitude of alpha rhythm less than 20-25 mV and more than 55-60 mV an increase in the total score on depression scale was seen, which corresponded to mild or mild to moderate depression. Conclusions: 1. The increase of amplitude of alpha rhythm of more than 60 mV and the decrease below 20 mV in the anterior- central regions reflect the deterioration of hierarchical structures of the brain. 2. In case of absence of the physiological gradient in the amplitude of alpha rhythm from posterior to anterior regions and when the mean amplitude of alpha rhythm is less than 20 mV and above 60 mV in the anterior- central regions the probability of detection of MCI in patients after ischemic stroke is more than 70%. 3. The amplitude of alpha rhythm in the anterior- central regions may be one of the indicators of the effectiveness of consolidation of information in the process of memory and speed of its retrieval and may constitute an objective reflection of the emotional state. 4. The amplitude of alpha rhythm in the anterior- central regions may be an objective measure in assessing the current status, prognosis of CI in patients with ischemic stroke and for planning rehabilitation.

ДЕНІ САУ БАЛА – ҚОҒАМ БАЙЛЫҒЫ.

Қ.Қ. Мұсаева, Г.Қ. Утебердиева, Д.И. Бурнашева **«Алатау» Республикалық балалар клиникалық санаторийі, Алматы.**

Түйінді сөздер: балалардың денсаулығын нығайту, оналту.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын негізгі мақсаты – еліміздің орнықты әлеуметтік-демографиялық дамуын қамтамасыз ету үшін Қазақстан азаматтарының денсаулығын жақсарту болып табылады. «Дені сау бала - мемлекеттің мықты іргесі» атты ұранмен Алматы қаласының Медеу ауданында Іле Алатау тауының жағалауында орналасқан «Алатау» республикалық балалар клиникалық санаторийі жұмыс жасағанына 20 жылдан асты.

Санаторийдің негізгі мақсаты: Қазақстан Республикасының барлық аймақтарынан Денсаулық сақтау министрлігімен бекітілген кесте бойынша тегін жолдама жіберіп, балалардың денсаулығын барынша нығайту. Өз денсаулығына сын көзбен қарауға тәрбиелеу. «Алатау» республикалық балалар клиникалық санаторийінде, тәрбие-оқыту бөлімі бар, бұл бөлімнің негізгі мақсаты: Қазақстан Республикасының барлық аймақтарынан келген балаларды бөтен ортаға тез бейімдеу, көпшілік орында өзін-өзі басқаруға үйрету, балалар арасында ұлтаралық қарым-қатынасты дамыту, балаларды ауызбіршілікке, татулыққа тәрбиелеу.

Қазақстан Республикасының барлық аймақтарынан келген тыныс алу жолдары ауруымен ауыратын балалар 21 күн бойы жан-жақты ем алып, дем алады. Жыл бойына санаторийде 16 ауысым өтеді,

әр ауысымда Қазақстан Республикасының түкпір-түкпіренен, барлығы 100 бала келіп ем және дем алады. Берілген талапқа сай санаторийде 7 жастан 13 жас аралығындағы мектеп жасындағы балалар дем алады. Әрине, бұл медициналық салаға жатқанмен, балаларға тікелей ұстаздар ұжымы жауап береді. Медицина қызметкерлері балалардың денсаулығына толық жауап берсе, ал ұстаздар ұжымы – балалардың көпшілік орында өзін-өзі басқаруына, өз-өзіне қызмет көрсетуіне және бос уақыттарын тиімді де, сапалы пайдалану мақсатында, әр түрлі мәдени іс –шаралар ұйымдастырады.

Бала санаторийге келген бірінші күннен бастап, әр педагогикалық қызметкерлер балалармен жетене жұмыс жасайды, тәрбиешілер бөтен ортаға келген әр баланы үйрету, көрсету мен тәрбиелеу жұмыстарын жүргізсе, мұғалімдер стандартты бағдарламаға сай оқытып, психолог әр балаға мінездеме жасап, жан-жақты тәрбиелеп, психологиялық жәрдем көрсетеді, ал музыкалық жетекші – музыка арқылы әр балаға дұрыс дем алу жолдарын көрсете отырып, емдеуді бастайды.

Ауысымының алғашқы күні балаларды бір-бірімен жақын таныстыру мақсатында «Танысу кеші» ұйымдастырылады. Кеште барлық балалар өзі туралы шағын әңгіме құрастырып айтады. Екінші күні бала бойындағы талантты байқау мақсатында «Біз, өнерлі балаларды іздейміз» тақырыбында байқау ұйымдастырылады. Байқауда бір бала ән айтса, екіншісі мың құбыла билейді және басқалары белгілі

аспапта ойнап, тақпақ та оқып береді. Бойындағы бар таланттын көрсете алмайтын балалармен жеке жұмыс жүргізіліп, ұялшақтық пен қысылатын мінезді жоюға тырысамыз. Одан басқа күндері де балаларды бір-бірімен достық, сыйласымдық қарым –қатынас нығайту мақсатында, әр түрлі қимылды ойын түрлері өткізіледі. Ойын барысында балаларды бөтен ортаға тез бейімдеуге, өзін еркін сезінуге ықпал жасалады.

Кейінгі кезде балалардың жолда жүру ережесі туралы білімдерін арттыру мақсатында және Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын жүзеге асыру мақсатында әр ауысым сайын «Жол жүру ережесін білесің бе?» тақырыбында екі тілде ашық сабақ ұйымдастырылып тұрады. Сабақтың негізгі мақсаты: Балаларды жолда жүру беглілерімен толық таныстыру, жаяу жүргіншілердің дұрыс жолдан өту жолдарын көрсете отырып, дамыту. Жолда жүру ережесін қатаң сақтауға баулу және жан-жақтылыққа, абай болуға тәрбиелеу.

«Бала - біздің болашағымыз» демекші, балаға жан-жақты тәрбие беріп, денсаулығын нығайтып, өз Отанына, еліне, жеріне деген мақтанышын, сүйіспеншілігін арттыру біздің парызымыз.

Сауығу барысында медициналық қызметкерлермен бірге педагогикалық қызметкерлердің де алатын орны ерекше. Негізінен балаларды сауықтыру бағдарламасында медицина қызметкерлері мен педагогтар бірлесіп істесе үлкен нәтижелерге жетеді.

Сонымен, мақала «Алатау» Республикалық балалар клиникалық санаторийіндегі педагогтар жұмысы туралы айта отырып, медицина қызметкерлерімен қатар мұғалімдердің атқаратын рөлін атап өтуге арналған. Бір ауысым ішінде Республиканың түкпір-түкпіренен келіп ем және дем алған 100 ден астам балалармен музыка жетекшісі мәдени шараларға дайындық жасап, оларды өткізеді. Балалардың көпшілігі орнына тез бейімделуді, өз-өзіне қызмет көрсетуді және бос уақыттарын тиімді де, сапалы пайдалануды педагогтар мен психологтар үйретеді. Әрбір тәрбиеші балалардың дәрігер тағайындаған емін алып үлгергенін де қадағалайды, өйткені ауысымда 95 бала ата-анасыз жағады. Осы атап өткен шаралар іске асырылуы үшін шипажай тәрбиешілерінің балалармен қарым қатынасы жайлы, сенімді және қауіпсіз болуы тиіс.

Әдебиеттер:

1. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы. 2010ж., 29 қараша № 1113 Қазақстан Республикасының Президенті жарлығы, 35 бет.

2. Республикалық оқу-әдістемелік, «Қосымша білім және тәрбие» журналы. 2014 жылдың наурыз айының басылымы, 17 бет.

3. Рублех В.Э. «Жолда жүру ережелері», Алматы Рауан баспаханасы, 1990ж., 97 бет.

ТҮЙІНДЕМЕ

ДЕНІ САУ БАЛА – ҚОҒАМ БАЙЛЫҒЫ.

Мұсаева Қ.Қ., Утебердиева Г.Қ., Бурнашева Д.И.

Мақала, «Алатау» республикалық балалар клиникалық шипажайы педагогтарының жұмысына арналған. Шипажайға алғаш келген кезінде балаларды жаңа ортаға бейімдеу, сонымен қатар өз-өзіне қызмет көрсету дағдыларын үйрету ісінде психолог пен педагогтың алар орны айрықша. Бір келім-кетімде шипажайда 100-ден аса бала дем алып, ем қабылдайды. Дәрігерлердің барлық тағайындамаларының алынуын бақылау тәрбиешілердің міндеті, өйткені 95 баланың ата-анасы қасында болмайды. Баланың бойында бос уақытқа деген дұрыс қатынасты қалыптастыру және оны дұрыс пайдалануы үшін тәрбиешілер әртүрлі ашық сабақтар, бұқаралық-мәдени шаралар әзірлейді және музыкалық жетекші өткізеді.

РЕЗЮМЕ

ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК – БОГАТСТВО ОБЩЕСТВА.

Мусаева К.К., Утебердиева Г.К., Бурнашева Д.И.

Статья посвящена работе педагогов Республиканского детского клинического санатория «Алатау». Отмечена роль психолога и педагогов в адаптации ребенка к новой среде при поступлении в санаторий, а также работа по прививанию навыков самообслуживания. За один заезд в санаторий отдыхают и получают лечение более 100 детей. Следить за получением всех назначений докторов обязанность воспитателей, так как 95 детей находятся без родителей. С целью развития в ребенке правильное отношение к свободному времени и полезного его использования воспитателями подготавливаются и проводятся музыкальным руководителем различные открытые уроки, культурно-массовые мероприятия.

SUMMARY

HEALTHY CHILD - THE WEALTH OF SOCIETY.

Musaeva K.K., Uteberdieva G.K., Burnasheva D.I.

The article is dedicated to the work of educators of the «Alatau» Republican children's clinical sanatorium. It underlines the role of psychologists and educators in the child's adaptation to a new environment when entering the sanatorium, as well as their work on development of self-help skills. More than 100 children can receive treatment and get some rest during one course over a day. To check the due attendance to all doctors' appointments is the educators' duty as 95 children are there without their parents. Different cultural events and lessons are held by educators in order to develop the child's correct attitude during free time and how to spend it in a right way.

БРЕЙСЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЙ ГОЛЕНСТОПНОГО СЕГМЕНТА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Тайтубаева Г.К., Шалкарбаев Е.С., Саду Н.Т.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

Ключевые слова: приведение нижних конечностей, брейсы для нижних конечностей.

Актуальность. Функционально-физиологические особенности нижних конечностей человека определяют патологии и методы их лечения. Начиная с врожденных заболеваний косолапости, и до приобретенных в процессе жизнедеятельности человека статического плоскостопия, требуют пристального внимания, профилактики и своевременного лечения. Врожденная косолапость составляет от 35 до 65% всех врожденных деформаций [1].

Американским ортопедом Понсети И.В. разработан эффективный консервативный метод лечения врожденной косолапости [2], который основан на использовании высокой эластичности связок новорожденного ребенка, содержащих в большом количестве коллаген, что позволяет максимально растягивать сухожилия не причиняя боли ребенку. Лечение рекомендуется с 7-14 дневного возраста ребенка. Исправление деформаций осуществляется наложением гипсовых повязок (гипсовый ортез), накладываемых с фиксацией коленного сустава и верхней трети бедра. В течение курса лечения требуется сменить 6-7 повязок. При смене повязки происходит поэтапная коррекция угла выведения стопы на 10-15 градусов. Смена повязки происходит 1 раз в 5-7 дней.

Второй этап лечения включает ахиллотомию. При врожденной косолапости ахиллово сухожилие всегда укорочено. В методе Понсети применяется закрытая ахиллотомия, которая является завершающей стадией лечения эквинуса – тыльного сгибание стопы. Затем накладывается последний гипс на 3-4 недели. Этого времени достаточно для восстановления ахиллового сухожилия. В зависимости о сложности патологии лечение длится 1,5-2 месяца. Закрепление результатов

лечения осуществляется ортезированием брейсами-фиксаторами, обеспечивающих положение стоп с разворотом на 75 градусов для откорректированной стопы (рис.1.)

Брейсы состоят из башмачков, которые устанавливаются друг от друга на ширину плеч пациента и соединены между собой поперечной шиной. Брейсы предназначены для растягивания мышц с целью предотвращения рецидивов. По данным Понсети только у 6% пациентов наблюдались рецидивы. Ношение брейсов обязательное условие лечения. Ношение начинают сразу после завершения гипсования сначала по 23 часа в сутки в течение 3 месяцев, в последующем время сокращают до 14-16 часов, затем рекомендуется только ношение во время ночного сна. Брейсы носят до достижения пациентом возраста 3-4 года.

Результаты и обсуждения. Специалистами лаборатории моделирования и ортезирования АО «Республиканский детский реабилитационный центр» разработаны и изготавливаются брейсы – фиксаторы (рис.2). Башмачки (1) изготавливаются индивидуально по гипсовому слепку ноги пациента. Башмачки устанавливаются на специальную платформу(2). Платформа с башмачками крепятся под нужным углом к поперечной шине (3) при помощи винтов (4).



Рис.2. 1-башмачок; 2 – платформа; 3 – поперечная шина; 4- винт для крепления платформы и башмачка.

Башмачки и платформы изготавливаются из листового полипропилена. На шине имеются ряд отверстий, с помощью которых регулируется расстояние между башмачками. Брейсы изготавливаются строго по назначению врача - ортопеда для коррекции врожденной косолапости детей.

Одной из часто наблюдаемых ортопедических патологий у детей с неврологическими заболеваниями является приведение/отведение стоп, обусловленное патологическими установками нижних конечностей. С целью коррекции указанных деформаций лаборатория разработала конструкцию статических брейсов-фиксаторов (рис.3).



Рис.1.



Рис.3.

В отличие от детей с врожденной косолапостью здесь формируются более выраженные и устойчивые деформации, требующих более значительных корригирующих усилий, что обуславливает конструкцию брейсов уже с 2-я поперечными штангами в носочной и пяточной части башмаков. При этом длина носочной штанги изменяется для регулирования угла отведения/приведения стоп. Статические брейсы применяются пациентами в состоянии покоя. Для пациентов, которые в состоянии передвигаться на ногах, разработаны динамические брейсы-тренажер [3] (рис.4).



Рис.4.

Прототипом данной конструкции послужили статические брейсы. В данной конструкции (рис.5) также имеются платформы (1), располагаемые на ширине плеч пациента, 2-е поперечные штанги (3) в носочной и пяточной частях стопы. Отличие от статических брейсов в том, что крепление штанги с платформой (1) осуществляется посредством шарнира (2). На рис.6 показаны занятия инструктора лечебной физкультуры с пациентом с использованием динамических брейсов. При правильной постановке упражнения пациент кроме коррекции положения стоп испытывает динамические нагрузки, направленные на разработку определенных групп мышц нижних конечностей, вырабатывается здоровая биомеханика движения, отрабатывается физиологическая походка. Предложенная конструкция брейсов позволяют реализовать динамическую реабилитацию как наиболее эффективную в кинезотерапии.

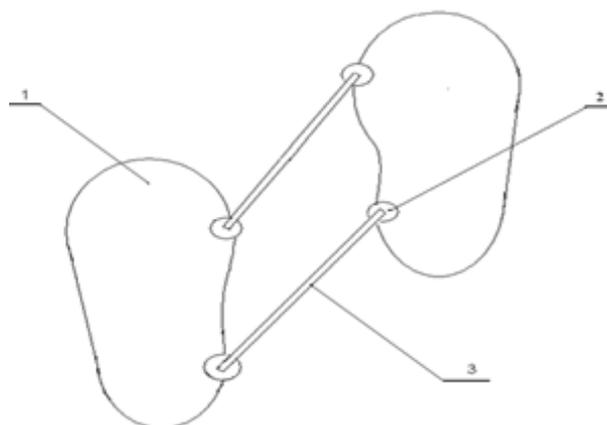


Рис.5.

1-платформа; 2-шарнир; 3-поперечная штанга.



Рис.6.

Выводы.

Специалистами лаборатории моделирования и ортезирования АО «Республиканский детский реабилитационный центр» предложены конструктивные решения по изготовлению брейсов-тренажеров для коррекции деформаций голеностопного сегмента нижних конечностей. Разработанные конструкторы позволяют производить коррекцию, как в статическом положении, так и осуществлять активную динамическую кинезотерапию. Опыт применения брейсов в комплексе с лечебной физкультурой показал высокую эффективность в лечении патологий нижних конечностей. Предложенная конструкция динамических брейсов защищена инновационным патентом Республики Казахстан. В настоящее время проводятся работы по дальнейшему исследованию влияния динамических брейсов на эффективность коррекции патологий нижних конечностей.

Литература:

1. Булекбаева Ш.А., Мухаметжанов Б.Ж. Исследования патологий голеностопного отдела нижних конечностей у детей с церебральным параличом и оценка корректирующего воздействия ортопедической обуви/ Материалы I съезда неврологов Республики Казахстан, 23-25 октября 2013 г.

2. Опыт ортезирования детей с неврологическими заболеваниями и больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Булекбаева

Ш.А., Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А. Вопросы

реабилитологии №5, 2012г.

3. Инновационный патент РК №23349. Способ коррекции походки при патологии нижних конечностей и динамические брейсы-тренажер Мухаметжанова для его осуществления.

4. www.doctor-kolesow.ru/stat.php

5. Понсети И.В. «Врожденная косялапость, основа лечения», Оксфорд Университи Пресс, Оксфорд, 1996г.

РЕЗЮМЕ

БРЕЙСЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СЕГМЕНТА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Тайтубаева Г.К., Шалкарбаев Е.С., Саду Н.Т.

В статье освещаются особенности ортопедических заболеваний голеностопного сегмента нижних конечностей, методы лечения врожденных и приобретенных патологий, приведены разработки лаборатории моделирования и ортезирования АО «Республиканский детский реабилитационный центр» в лечении деформаций голеностопного сустава и стопы.

ТҮЙІНДЕМЕ

БРЕЙСЫ - БУЫНЫНЫҢ СИРАҚ-ТАБАН СЕГМЕНТІНІҢ ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ ШИПАСЫ ҮШІН ҚОЛДАНЫЛУЫ.

Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Тайтубаева Г.К., Шалкарбаев Е.С., Саду Н.Т.

Мақалада сирақ-табан сегментінің ортопедиялық ауруының ерекшелігі туа және жүре пайда болған патологияларды емдеу әдістері жарияланған, сирақ – табан буындары мен табанның деформациясын емдеудегі «Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ-ның әзірлемесі көрсетілген.

SUMMARY

BRACE TO TREAT PATHOLOGIES ANKLE SEGMENT OF LOWER LIMB.

Mukhametzhonov B.J., Seysembekov T.A., Taytubaeva G.K., Shalkarbaev E.S., Garden N.T.

The article highlights the features of orthopedic diseases ankle segment of the lower limbs, treatment of congenital and acquired abnormalities, given the development of laboratory simulation and orthotics JSC «National Children's Rehabilitation Center» in the treatment of deformities of ankle and foot.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В БАЛЬНЕОЛОГИИ

Разумов А.Н. Razumov A.N.(a-razumov@mail.ru)
**Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
 восстановительной и спортивной медицины**
г. Москва

Воду издавна считают источником жизни и применяют с целью оздоровления организма.

В современной медицине использование воды при помощи специально разработанных методических приемов в лечебных, профилактических и реабилитационных целях носит название водолечения. Собирательное понятие «водолечение» включает собственно водолечение – гидротерапию и бальнеотерапию.

Сегодня бальнеотерапия располагает весьма обширным и разнообразным по физическим свойствам, механизму действия и лечебному применению спектром естественных и искусственно приготовленных физических факторов. Этот богатый арсенал используется по нескольким основным направлениям.

Наиболее распространенным является применение бальнеологических факторов в комплексной терапии больных с различными заболеваниями. Другое важное направление использования бальнеофакторов — реабилитационное.

Для современной бальнеологии характерно:

- расширение показаний,
- все более раннее назначение,
- сужение противопоказаний.

Эффективность действия бальнеофакторов зависит от применяемой методики, локализации, дозировки воздействия от характера патологического процесса, его стадии и особенностей течения.

Исключительно важен дифференцированный подход к назначению этих факторов, что доступно лишь высококвалифицированному врачу. Только при таком подходе в использовании параметров воздействия, адекватных возможностям организма больного, бальнеологические факторы будут содействовать развитию процессов восстановления, компенсации или адаптации — основных процессов саногенеза.

Среди основных научных достижений, полученных в последние десятилетия в России, позволяющих совершенствовать методики применения минеральных вод и лечебных грязей, следует отметить следующие:

- разработка теоретических основ и общих представлений о механизмах первичного действия и поглощения бальнеофакторов;

- исследования по таким проблемам, как доза-эффект, специфичность действия минеральных вод, временная организация бальнеотерапии, комбинирование и сочетание бальнеофакторов;

- определение значения концентрации основных компонентов минеральных вод в эффективности применения;

- изучение особенностей действия бальнеофакторов при сочетанной патологии;

- разработка новых методик бальнеотерапии (минеральные воды при ИБС с нарушением сердечного ритма, сахарном диабете, хроническом бронхите и др.); (пелоидотерапии при сердечно-сосудистой патологии;

ИБС, гипертоническая болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия);

- научное обоснование применения «продолжительной» (продолжительностью 2-3 месяца) бальнеотерапии (например, при ИБС с сердечной недостаточностью);

- изучение новых сторон действия питьевых минеральных вод (формирование срочных и долговременных адаптивных реакций, научное обоснование питьевого лечения при метаболическом синдроме, сахарном диабете, ИБС, гипертонической болезни, в онкологии);

- изучение вопросов сочетанного использования бальнео- и фармакотерапии с целью повышения эффективности лечения, уменьшения доз медикаментов, преодоления резистентности к ним и т.д.;

- создание новых современных высокотехнологичных бальнеотерапевтических устройств и комплексов.

Созданные на основании научных достижений Воду издавна считают источником жизни и применяют с целью оздоровления организма. В современной медицине использование воды при помощи специально разработанных методических приемов в лечебных, профилактических и реабилитационных целях носит название водолечения. Собирательное понятие «водолечение» включает собственно водолечение – гидротерапию и бальнеотерапию.

Сегодня бальнеотерапия располагает весьма обширным и разнообразным по физическим свойствам, механизму действия и лечебному применению спектром естественных и искусственно приготовленных физических факторов. Этот богатый арсенал используется по нескольким основным направлениям.

Наиболее распространенным является применение бальнеологических факторов в комплексной терапии больных с различными заболеваниями. Другое важное направление использования бальнеофакторов — реабилитационное.

Для современной бальнеологии характерно:

- расширение показаний,
- все более раннее назначение,
- сужение противопоказаний.

Эффективность действия бальнеофакторов зависит от применяемой методики, локализации, дозировки воздействия от характера патологического процесса, его стадии и особенностей течения.

Исключительно важен дифференцированный подход к назначению этих факторов, что доступно лишь высококвалифицированному врачу. Только при таком подходе в использовании параметров воздействия, адекватных возможностям организма больного, бальнеологические факторы будут содействовать развитию процессов восстановления, компенсации или адаптации — основных процессов саногенеза.

Среди основных научных достижений, полученных в последние десятилетия в России, позволяющих совершенствовать методики применения минеральных вод и лечебных грязей, следует отметить следующие:

- разработка теоретических основ и общих представлений о механизмах первичного действия и поглощения бальнеофакторов;

- исследования по таким проблемам, как доза-эффект, специфичность действия минеральных вод, временная организация бальнеотерапии, комбинирование и сочетание бальнеофакторов;

- определение значения концентрации основных компонентов минеральных вод в эффективности применения;

- изучение особенностей действия бальнеофакторов при сочетанной патологии;

- разработка новых методик бальнеотерапии (минеральные воды при ИБС с нарушением сердечного ритма, сахарном диабете, хроническом бронхите и др.); (пелоидотерапии при сердечно-сосудистой патологии: ИБС, гипертоническая болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия);

- научное обоснование применения «продолжительной» (продолжительностью 2-3 месяца) бальнеотерапии (например, при ИБС с сердечной недостаточностью);

- изучение новых сторон действия питьевых минеральных вод (формирование срочных и долговременных адаптивных реакций, научное обоснование питьевого лечения при метаболическом синдроме, сахарном диабете, ИБС, гипертонической болезни, в онкологии);

- изучение вопросов сочетанного использования бальнео- и фармакотерапии с целью повышения эффективности лечения, уменьшения доз медикаментов, преодоления резистентности к ним и т.д.;

- создание новых современных высокотехнологичных бальнеотерапевтических устройств и комплексов.

Созданные на основании научных достижений медицинской курортологии бальнеотерапевтические технологии определяют возможность оказания корригирующего влияния на многие важные патогенетические звенья развития и прогрессирования различных заболеваний, и целесообразность их применения для профилактики, лечения и реабилитации. Среди знаменательных достижений бальнеолечения в мире следует отметить:

- успешный опыт лечения кожных заболеваний: (в частности атопического дерматита, псориаза) горячими термальными водами на курорте Кусатсу (Япония), высококонцентрированной (320 г/л) соляной водой Мертвого моря (Израиль), в основе которого лежат бактерицидные и противовоспалительные эффекты используемых факторов.

- получены хорошие результаты применения бальнеофакторов в лечении и реабилитации больных с воспалительными (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит) и невоспалительными (дорсопатии, фибромиалгия, остеоартрит) заболеваниями костно-мышечной системы на Мертвом море (Израиль), на курорте Бад Хофгайстен (Австрия), Сент-нектар, Виши (Франция), Черкесоло (Венгрия) с применением термальных минеральных вод, грязевых

аппликаций, радонолечения, углекислых вод.

В основе лечебного действия указанных факторов лежат анальгетические и противовоспалительные эффекты.

Не менее важная задача - оптимизация известных методов, теоретические основы действия которых были разработаны еще в XX веке. Под оптимизацией понимают выбор параметров, условий и способов применения бальнеофакторов, обеспечивающих максимальный (оптимальный) терапевтический результат. До настоящего времени преимущественно разрабатывались параметрическая и хронобиологическая оптимизация. По отношению к оптимизации бальнеотерапевтических воздействий могут быть использованы параметры биоритмов организма.

Предметом активных исследований должна стать проблема терапевтической интерференции (взаимовлияния) бальнеологических, физических факторов и лекарств. Это позволит не только оптимизировать комплексную терапию, но и будет способствовать обоснованию и разработке новых сочетанных методов бальнеотерапии.

Существует ряд задач, решение которых будет способствовать развитию научной и практической бальнеологии. Среди них следует подчеркнуть следующие:

- долгосрочная оценка влияния бальнеотерапии с определением качества жизни больных (доказательство профилактического значения этих методов);

- выработка прогностических критериев адекватности выбора методов бальнеотерапии с лечебными, профилактическими и реабилитационными целями;

- установление закономерностей «доза-эффект» и оптимальных температурных параметров для лиц с определенными нарушениями функциональных систем организма;

- разработка рекомендаций для более широкого использования гидротерапии (методики применения пресной воды, ароматерапия) с целью повышения адаптационно-компенсаторных возможностей организма;

- изучение влияния питьевых вод сложного химического состава (с различной минерализацией и содержанием газовой фазы) в связи с разработанной классификацией минеральных вод для наружного применения и выделением подтипов каждого вида вод;

- развитие физиогенетики, что позволит безошибочно выбирать и прогнозировать эффективность, в частности, и бальнеотерапии;

- разработка дифференцированных подходов к определению продолжительности санаторно-курортного лечения для конкретных категорий больных без ущерба для его эффективности;

- совершенствование бальнеотехнических и бальнеотерапевтических устройств;

В современном стрессогенном обществе бальнеотерапия может быть использована эффективно не только для традиционного лечения хронических болезней и реабилитации, но также для профилактики заболеваний, для сохранения и повышения уровня здоровья и создания самочувствия, когда тело и разум находятся в полной гармонии.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Разумов А.Н., Турова Е.А., Рассулова М.А. (Razumov A.N., Turova E.A., Rassulova M.A.) .(a-razumov@mail.ru)

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины г. Москва

Санаторно-курортное дело в Российской Федерации традиционно является составной частью государственной политики и важным разделом национальной системы здравоохранения. Главной целью государственной политики развития курортного дела является создание в Российской Федерации современного высокоэффективного курортного комплекса, обеспечивающего широкие возможности для удовлетворения потребности граждан в санаторно-курортном лечении. Прописанный в программе развития здравоохранения тезис о том, что «В настоящий момент существует острая необходимость в осуществлении комплекса мероприятий, направленных на сохранение потенциала курортной сферы и формирование современного курортного комплекса, способного решать как медико-социальные задачи обеспечения доступности для населения эффективного санаторно-курортного лечения, так и экономические проблемы формирования сферы курортного дела» не совсем верен. На самом деле такая острая необходимость существует в России уже более последних десяти лет. Сеть санаторно-курортных учреждений страны год от года сокращается, сморщивается как «шагреновая кожа».

Сокращается количество государственных здравниц и в 2011 году, по данным указанной Программы оно оставляло всего 387 единиц. Даже число детских санаториев федерального подчинения за последние 10 - 15 лет сократилось с 40 до 29. Потребность в санаторно-курортном лечении детей сегодня удовлетворяется Санаторно-курортное дело в Российской Федерации традиционно является составной частью государственной политики и важным разделом национальной системы здравоохранения. Главной целью государственной политики развития курортного дела является создание в Российской Федерации современного высокоэффективного курортного комплекса, обеспечивающего широкие возможности для удовлетворения потребности граждан в санаторно-курортном лечении. Прописанный в программе развития здравоохранения тезис о том, что «В настоящий момент существует острая необходимость в осуществлении комплекса мероприятий, направленных на сохранение потенциала курортной сферы и формирование современного курортного комплекса, способного решать как медико-социальные задачи обеспечения доступности для населения эффективного санаторно-курортного лечения, так и экономические проблемы формирования сферы курортного дела» не совсем верен. На самом деле такая острая необходимость существует в России уже более последних десяти лет. Сеть санаторно-курортных учреждений страны год

от года сокращается, сморщивается как «шагреновая кожа».

Сокращается количество государственных здравниц и в 2011 году, по данным указанной Программы оно оставляло всего 387 единиц. Даже число детских санаториев федерального подчинения за последние 10 - 15 лет сократилось с 40 до 29. Потребность в санаторно-курортном лечении детей сегодня удовлетворяется только на 65%. Вместе с тем санаторно-курортное лечение сегодня является важным этапом медицинской реабилитации, а с учетом сокращения коечного фонда может обеспечить значительное число нуждающихся в реабилитации пациентов. Вместе с тем для того чтобы санаторно-курортное лечение стало полноценным этапом медицинской реабилитации отрасли необходимо решить много сложных задач.

Нет необходимости подробно останавливаться на таких негативных явлениях сегодняшнего дня в курортном комплексе страны, как:

- отсутствие научно обоснованной Концепции и программы развития курортного дела;
- отсутствие необходимой достаточной нормативной правовой базы, как для осуществления медицинской деятельности здравниц, так и для функционирования всего курортного комплекса России;
- существование системы нерационального использования природных лечебных ресурсов, ослабление контроля за их использованием, сокращение научно-исследовательской и производственной работы в области разведки и использования природных лечебных ресурсов;
- прогрессирующий износ материально-технической базы санаторно-курортных учреждений и инфраструктуры курортов;
- изменения формы собственности санаторно-курортных учреждений;
- не всегда оправданное повышение стоимости санаторно-курортного лечения (путевок);
- уменьшение доступности санаторно-курортной помощи для населения;
- наличие проблем в решении кадровых вопросов в области курортной медицины

Кроме того, низкий уровень знаний о санаторно-курортном лечении врачей первичного звена в лечебно-профилактических учреждениях не позволяет адекватно проводить отбор для санаторно-курортного лечения;

При этом не вызывает сомнений, что именно «Упадок курортного дела в России стал одним из важных факторов ухудшения показателей здоровья нации».

Попытки решить эти очень важные проблемы предпринимались и раньше, начиная с Федеральной

целевой программы 1996 года «Развитие курортов федерального значения», выполнение которой ввиду значительного недофинансирования не принесло ощутимых результатов. Впоследствии эта тема неоднократно поднималась на разных уровнях. Нами были подготовлены предложения и проекты документов:

- Концепции государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации;
- Концепции развития курортологической службы и курортологической науки в Российской Федерации;
- Федеральной целевой программы «Развитие курортного дела в Российской Федерации»;
- Концепции реформирования государственного сектора санаторно-курортного комплекса Российской Федерации».

Жаль, что ни один из вышеперечисленных документов не получил своего дальнейшего развития, но эти материалы могут быть эффективно использованы и сейчас при подготовке законодательной базы функционирования системы санаторно-курортного лечения.

Учитывая важность поставленных задач, касающейся состояния здоровья граждан всех категорий – взрослых, детей, включая детей-инвалидов, работоспособного населения и его льготных категорий, а также их широту, выходящую по ряду вопросов за пределы компетенции только системы здравоохранения, мы считаем необходимым предложить:

1. Создать при Минздраве России и утвердить постановлением Правительства Российской Федерации Межведомственную рабочую группу.

2. Включить в рабочую группу представителей Минэкономразвития России, Минфина России, Минюста России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Фонда социального страхования Российской Федерации, Федеральной налоговой службы, представителей ведомств и общественных организаций, имеющих свои комплексы санаторно-курортных и оздоровительных учреждений, а также, по согласованию, представителей основных курортных регионов России, включая Крым.

3. В оперативном порядке разработать и утвердить Положение об указанной рабочей группе и регламент ее работы. Установить ориентировочные сроки решения задач.

4. Рабочей группе разработать проект современной Концепции развития курортного дела в Российской Федерации и конкретный план ее реализации, определив основные мероприятия, разбив их по разделам и указав сроки исполнения, лиц, ответственных за исполнение, необходимые финансовые средства по каждому мероприятию и источники этих финансовых средств.

Отступая вынужден отметить, что такой План, являющейся сердцевинной любой серьезной программы, не удалось найти в Подпрограмме «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей».

5. Провести следующие общие организационные мероприятия:

- разработать порядок функционирования

санаторно-курортных организаций в статусе саморегулируемых;

- использовать принципы частно-государственного партнерства в системе санаторно-курортного комплекса страны.

- разработать основные принципы функционирования санаторно-курортных и оздоровительных учреждений страны различной ведомственной принадлежности и формы собственности в оптимальном варианте в составе общей единой системы курортного комплекса России, ориентируя их в максимальной степени на решение задачи сохранения и укрепления здоровья населения страны;

- провести ревизию существующего комплекса санаторно-курортных учреждений в целях оптимизации их функционирования. В настоящее время статус санатория определяется кодом ОКВЭД (санаторно-курортные учреждения) присваиваемым организации территориальным органом Росстата на основании Устава организации, лицензией (с приложением) на медицинскую деятельность при оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении. Наличие сертификатов соответствия на безопасное проживание и питание подтверждает качество оказания услуг по путевке.

- в целях оптимизации функционирования таких объектов предлагаю учреждения с хорошей материально-технической базой, располагающих достаточным количеством медицинских кадров высокой квалификации и современным медицинским оборудованием и имеющих возможности эффективно использовать в лечебном процесса природные лечебные ресурсы сохранить в статусе санаториев, и, возможно, принять некоторые меры по еще большему совершенствованию их медицинской деятельности.

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

Остальные же санатории перевести в статус оздоровительных учреждений, решая в них задачи не только отдыха граждан, но и грамотно проводя оздоровительные мероприятия на профессиональном уровне.

Существенную помощь в проведении указанной работы может оказать информация, содержащаяся в Реестре государственного курортного фонда Российской Федерации.

6. По разделу плана мероприятий в части организации медицинской деятельности санаториев необходимо в неотложном порядке формировать нормативную правовую базу, для чего провести разработку на научно обоснованных принципах необходимых документов. В их числе:

- типовое Положение о санатории;
- типовое штатное расписание санаториев различного профиля;
- типовой табель оснащения санаториев различного профиля;

- перечень показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению, который в отношении взрослых и подростков был отменен приказом Минздравсоцразвития России от 26 октября 2011 г. и до сих пор отсутствует!!!;

- научно разработанный порядок определения потребности в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении согласно заболеваемости населения Российской Федерации;

- порядок направления пациентов (взрослых и детей) на медицинскую реабилитацию (с маршрутизацией), а также обновить действующий порядок направления на санаторно-курортное и амбулаторно-курортное лечение;

- порядок оценки эффективности мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения по критериям доказательной медицины;

Необходима неотложная разработка стандартов медицинской реабилитации больных, страдающих заболеваниями основных классов болезней, и осуществляемой как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и в условиях стационара и санатория, а также порядков и клинических рекомендаций оказания медицинской помощи больным, где в полном объеме (рекомендованные штаты медицинских работников, оснащение, правила организации деятельности структур и структурных подразделений) был бы обозначен сегмент санаторно-курортного лечения.

В настоящее время большинство таких порядков отсутствует, а в имеющихся проектах документов о реабилитации и санаторно-курортном лечении упоминается вскользь.

7. Один из наиболее важных разделов плана должен быть посвящен мероприятиям по созданию оптимальной, устойчивой и эффективной системы финансового обеспечения деятельности как самих санаторно-курортных учреждений, так и осуществления на его базе медицинской деятельности.

Минздрав России уже не первый год планирует существенно обновить нормативную правовую базу организации оказания санаторно-курортного лечения, однако это в основном прописано в отношении организации медицинской деятельности, в то же время крайне важным и неотложным считаю необходимость разработки, утверждения и внедрения в практику работы нормативных правовых документов по оптимальной, точной и четкой системы финансирования как медицинской деятельности санаторно-курортных учреждений, так и их самих.

В настоящее время такой четкой системы, охватывающей санаторно-курортные учреждения различной формы собственности и ведомственной принадлежности, не существует и это будет серьезным сдерживающим фактором реализации указанной Подпрограммы.

Одновременно в решении этой задачи необходимо предусмотреть меры по оптимизации финансовых отношений с негосударственными санаторно-курортными учреждениями, позволяющие эффективно использовать последние в решении задач, стоящих перед отечественным здравоохранением и, в то же время, повышающие их заинтересованность.

Во-первых, поскольку на сегодня отсутствуют по этому направлению документы, определяющие источники финансовых средств и направление финансовых потоков в системе, речь может идти о создании новой нормативной правовой базы, действие которой обеспечивало бы максимальный эффект мероприятий по санаторно-курортному, реабилитационно-восстановительному лечению и оздоровлению граждан.

Особая роль в этом вопросе должна отводиться Фонду обязательного медицинского страхования, который сейчас участвует в осуществлении санаторно-курортного лечения лишь в очень небольшом сегменте финансирования. На данный момент, в условиях перехода на одноканальную систему финансирования, его роль возрастает многократно, а его участие становится во многом определяющим. Для решения вопроса необходима разработка предложений по основным позициям с участием его представителей (в том числе по оплате путевок, а не только медицинской помощи, поскольку в их стоимость неразрывно входит проживание и питание, чаще всего диетическое; по санаторно-курортному лечению работоспособного населения и т.д.).

Пока в негосударственной системе санаторно-курортных учреждений только очень небольшое число санаториев принимают участие в лечении льготных категорий населения в период «межсезонья» и осуществляют долечивание после стационарного лечения. Разработав систему мер, повышающую для них финансовую привлекательность такой работы, можно добиться существенного повышения процента граждан, получивших санаторно-курортное лечение, от числа нуждающихся в этом виде медицинской помощи и значительно раньше 2020 года выйти на показатель в 45%, как определено в Подпрограмме.

Можно сказать больше, без грамотного построения системы базовых финансово-экономических отношений в курортном комплексе России, все остальные меры не смогут быть в должной мере реализованы. Во – вторых, эти меры (создание нормативной правовой базы и системы финансирования санаторно-курортного комплекса) необходимы потому что с каждым годом потребность в реабилитационно-восстановительном и санаторно-курортном лечении становится все больше, а финансовых средств на эти цели выделяется все меньше. Поэтому дальнейшее сохранение существующей ситуации – это путь в никуда.

Именно проведение медицинской реабилитации на базе санаторно-курортных учреждений (медицинская реабилитация является по своей сути важнейшим и неотъемлемым компонентом санаторно-курортного лечения) позволит резко увеличить базу для ее осуществления (за счет коек санаториев) и эффективность проведения реабилитационных мероприятий, добиться определенных программой целевых показателей и реально повысить процент прошедших медицинскую реабилитацию от имеющейся потребности в этом виде медицинской помощи.

Действующая в настоящее время система

долечивания в санаториях после стационарного лечения (читай медицинской реабилитации) частично помогает решать задачи медицинской помощи гражданам. Вместе с тем, с точки зрения возможностей проведения полноценной и грамотной медицинской реабилитации, указанная система обладает рядом существенных недостатков:

- ограничивает категории населения только работающими гражданами;

- имеет существенные ограничения по структуре основных классов болезней:

- отсутствует постоянный перечень (ежегодно меняющийся при проведении тендера) санаторно-курортных учреждений, что не позволяет организовать стабильную достаточную базу для осуществления эффективного лечебно-диагностического процесса;

- финансовые средства, затрачиваемые на проведение долечивания, «уходят» в организации другой формы собственности и ведомственной принадлежности.

Наиболее целесообразно осуществлять

медицинскую реабилитацию на базе соответствующих отделений санаториев, находящихся в подчинении государственной системы здравоохранения (в основном для детского населения) или, путем заключения долгосрочных (3–5 и более лет) договоров с санаториями иной ведомственной принадлежности и формы собственности (для взрослого населения) с условием организации в них отделений медицинской реабилитации и возможности осуществления действенного контроля за ее проведением.

Осуществление мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению может быть эффективным лишь при создании единой, хорошо скоординированной системы, позволяющей в наиболее оптимальном варианте осуществлять особо важные и необходимые для этого управленческие и организационные функции. Поэтому и весь блок законодательных и нормативных решений должен быть направлен, в первую очередь на создание такой системы.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ НА КУРОРТЕ АНАПА (непосредственные результаты)

**Рогозян Б.Н.,Ефименко Н.В., Кайсинова А.С.,
Ботвинева Л.А.,Аветисова Е.Л.
ОАО «Санаторий «Анапа», Краснодарский край, Россия
ФГБУ ПГНИИК ФМБА России, г. Пятигорск, Россия**

Ключевые слова: остеоартроз, ожирение, талассотерапия, аппликации и обертывания из морских водорослей анапского региона.

Этиопатогенетическая гетерогенность сочетанной терапевтической патологии делает проблематичным и сложным проведение лечебно-реабилитационных мероприятий. Большинство авторов рекомендуют проводить комплексное лечение с воздействием на различные звенья патогенеза с использованием современных фармакологических средств [1, 2], однако применение только фармакопрепаратов в данном случае (остеоартроз в сочетании с абдоминальным ожирением) в силу целого ряда причин (непереносимость и побочные эффекты медикаментов, аллергияция организма, дороговизна препаратов и т.д.) не дает возможности кардинально решить проблему [2, 3, 4], что обуславливает поиск новых способов лечения, лишенных вышеуказанных негативных воздействий.

Проведенные ранее исследования показали высокую эффективность лечения больных остеоартрозом (ОА) на курорте Анапа с использованием аппликаций

из морских водорослей анапского региона (МВАР) [4]. Представляет интерес применение аппликаций у пациентов с ОА в сочетании с абдоминальным ожирением. Это обусловлено, тем, что водоросли и их препараты оказывают мощное стимулирующее и тепловое воздействие на подлежащие ткани. При аппликации водорослей содержащиеся в них активные вещества проникают в кожу, формируя своеобразное «депо», усиливают расщепление жира в подкожной жировой клетчатке, активируют обновление кожного покрова и выделение тканевых гормонов сосудистой стенкой [5].

Цель исследования. Разработка медицинской технологии санаторно-курортной реабилитации больных остеоартрозом в сочетании с абдоминальным ожирением путем комплексного применения морских купаний, гидрокинезотерапии в бассейне с морской водой и аппликаций морских водорослей анапского региона.

Материалы и методы. Проведены наблюдения 100 больных остеоартрозом (ОА) с поражением суставов нижних конечностей (коленные, голеностопные),

из них с I стадией ОА- 44 (44%) больных, II - 56 (56%). У 55 (55%) пациентов наблюдалось абдоминальное ожирение (АО) I степени, у 45 (45%) – II ст. Средний возраст составил $49,5 \pm 4,7$ лет. Больные с сопутствующим диабетом в исследование не включались.

Обследование включало в себя проведение антропометрии (абдоминальное ожирение диагностировалось на основании критериев, разработанных комитетом экспертов Национальной образовательной программы по холестерину - NСЕР АТР III, 2001); изучение двигательной функции по суммарному индексу Лекена и по ВАШ - визуально аналоговой шкале (боли в покое и при ходьбе); показателей активности воспалительного процесса (содержание в сыворотке крови фибриногена (ФГ), С-реактивного белка (СРБ), скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и лейкоцитов (Лк) в периферической крови; определение углеводного (глюкоза, инсулин, ИР-НОМА (индекс инсулинорезистентности) и липидного обмена (общий холестерин, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), бета-липопротеиды (β -ЛП), триглицериды (ТГ).

В сравнительном аспекте изучена динамика клинических и параклинических показателей у больных ОА в сочетании с абдоминальным ожирением под влиянием различных лечебных комплексов (ЛК). Пациенты методом рандомизации были разделены на 2 группы по 50 человек каждая. 1-ая группа (группа сравнения) получала на фоне общекурортного режима, диетического питания с разгрузочными днями, лечебной физкультуры лечебную гимнастику в бассейне с морской водой, на курс 8 процедур, через день и аппликации из морских водорослей анапского региона на пораженные суставы (голеностопные и/или коленные), через день в течение 20-25 минут, на курс лечения 10-12 процедур. Во 2-ой группе (основная (2 ЛК) дополнительно были назначены обертывания МВАР на область живота и ягодиц, толщиной аппликации – 5-6 см, температурой 30-32 $^{\circ}$, через день, в течение 25 минут.

Методика проведения процедуры аппликаций МВАР при остеоартрозе. Процедуры проводятся на кушетке, обшитой клеенкой, на которой располагают байковое или суконное одеяло. Поверх одеяла кладут тонкую клеенку, на нее – подстилку из льняной ткани. Больной укладывается на спину. На пораженные суставы, подлежащие воздействию, накладывается слой морских водорослей анапского региона, толщиной 5-6 см, затем суставы укутывают клеенкой и одеялом, чтобы сохранять тепло. Процедуры проводят при температуре 40-42 $^{\circ}$, разовой экспозиции 25 минут, через 1 день, № 10 на курс лечения. После окончания процедуры аппликацию снимают, кожу обмывают теплой водой.

Методика проведения процедуры обертываний МВАР при абдоминальном ожирении. На кушетку расстилается тёплое одеяло или плед, сверху кладут клеёнку. Пациента укладывают на кушетку, аппликации МВАР накладываются на живот и ягодицы, толщина

аппликации – 5-6 см. Затем укутывают больного льняной подстилкой, клеенкой и одеялом, чтобы сохранять тепло. Процедуры проводят при температуре 30-32 $^{\circ}$, разовой экспозиции 25 минут, через 1 день, № 10 на курс лечения. После окончания процедуры аппликацию снимают, кожу обмывают теплой водой.

Критерии исключения из исследования: общие противопоказания для санаторно-курортного лечения и физиотерапевтических процедур; множественные поражения суставов, затрудняющие передвижение и самообслуживание; рецидивирующий синовит с активностью воспалительного процесса III степени; гиперфункция щитовидной железы; гинекологические заболевания (миома, эндометриоз и др.); хронический рецидивирующий панкреатит; аллергия на йод.

Полученные в результате исследований данные статистически обрабатывались на персональном компьютере ПЭВМ IBM PC/AT с применением различных методов параметрической и непараметрической статистики: множественная корреляция, критерии Фишера, Стьюдента, Бонферони, Пирсона, Вилкоксона, хи-квадрат. Различия между средними величинами считались статистически достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Полученные клинические результаты свидетельствовали о положительном влиянии применяемых методик лечения. В частности, уменьшилась выраженность болевого синдрома в покое у 79,3% больных 1-ой лечебной группы против 87,9% пациентов 2-ой ($p_{1-2} > 0,05$), при движении – 73,8% и 83% ($p_{1-2} > 0,05$), соответственно.

Локомоторная функция улучшилась в 88,5% случаев при применении 2-го ЛК против 80,6% при использовании 1-го ЛК ($p_{1-2} > 0,05$).

Частота уменьшения симптомов, характерных для ожирения (гиперфагия, общая слабость, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность) была также выше у больных, получавших лечение по 2 ЛК (84,2%) в сравнении с 1-ым ЛК (73,4%). Редукция головных болей, одышки, артериальной гипертензии также более выраженной отмечалась у больных основной группы - в 71,4% случаев против 60,5% в группе сравнения ($p_{1-2} > 0,05$). Положительная динамика описанных симптомов у больных, получавших дополнительно водорослевые обертывания области живота и ягодиц, наблюдалась в более ранние сроки лечения – в первые 10 дней пребывания в санатории. В результате проведенной терапии у пациентов обеих групп наблюдалось снижение массы тела, при этом более выраженной она была при применении 2-го ЛК и составила $2,15 \pm 0,34$ кг ($p_{1-2} > 0,05$).

Преимущество 2-го ЛК обусловлено дополнительным назначением водорослевых обертываний, применение которых способствует нормализации кровообращения, ускорению обменных процессов в подкожно-жировой клетчатке, улучшению трофики тканей за счет наличия в водорослях широчайшего спектра микроэлементов (цинк, железо, йод, хлор, фтор, магний, марганец, кобальт, бор, кремний) растительных протеинов, углеводов, витаминов (А, В, С, Е).

Клиническое улучшение состояния больных сопровождалось положительной динамикой биохимических показателей. Так, в 1-ой группе СОЭ снизилась в 79,3% случаев (с 12,4±1,2 до 9,3±1,1 мм/ч), во 2-ой группе - у 85,7% больных (с 12,1±1,1 до 8,9±0,9 мм/ч), $p_{1-2}>0,05$. Концентрация ФГ снизилась у 74,4% пациентов группы сравнения (с 4,05±0,2 до 2,93±0,3 г/л) против 82,7% больных основной группы (с 4,06±0,3 до 2,74±0,8 г/л), $p_{1-2}>0,05$. Снижение уровня СРБ у больных 1-ой лечебной группы произошло в 75,4% случаев (с 2,5±0,2 до 1,7±0,3 мг/л) против 84,7% при применении 2 ЛК (с 2,4±0,1 до 1,5±0,2 мг/л), $p_{1-2}>0,05$. Суммарно оценивая динамику острофазовых показателей крови у больных ОА в сочетании с абдоминальным ожирением, можно констатировать, что под влиянием комплексной ТТ (аппликации и обертывания из МВАР, лечебная гимнастика в бассейне с морской воде, морские купания) активируются противовоспалительные реакции (снижение уровня фибриногена, СОЭ, лейкоцитов, СРБ), что подтверждается проведенным матричным корреляционным анализом.

Такие же результаты наблюдались и в отношении показателей углеводного обмена. Так у 84,3% пациентов основной группы отмечено достоверное снижение уровня глюкозы крови с 6,1±0,16 ммоль/л до 4,9±0,12 ммоль/л ($p<0,01$), тогда как у больных группы сравнения улучшение произошло в 76,5% случаев

с 5,9±0,14 ммоль/л до 5,3±0,15 ммоль/л ($p<0,02$), $p_{1-2}>0,05$. Снижение концентрации инсулина в сыворотке крови отмечалось у 85,2% больных 2-ой группы с 16,8±1,16 мкЕд/мл до 8,86±0,12 мкЕд/мл ($p<0,01$), снижение данного показателя в 1-ой группе произошло с 16,2±1,14 мкЕд/мл до 9,82±0,18 мкЕд/мл ($p<0,02$), $p_{1-2}>0,05$. Статистически значимое уменьшение индекса ИР НОМА, что указывает на повышение чувствительности периферических тканей к инсулину, наступило у 85,9% больных, получавших лечение по 2 ЛК с 3,62±0,14 ед. до 2,28±0,12 ед. ($p<0,01$). В 1-ой группе пациентов снижение ИР-НОМА произошло в 78,1% случаев – с 3,58±0,15 ед. до 2,52±0,09 ед. ($p<0,02$), $p_{1-2}>0,05$. Положительная динамика показателей инсулинорезистентности наглядно показывает благоприятное влияние различных комплексов ТТ на процессы генеза метаболического синдрома как повреждающего фактора при АО. У наблюдаемых нами пациентов наблюдалась оптимальная гормонально-метаболическая реакция на бальнеопроцедуры, направленная на компенсацию нарушений в механизмах эндокринной регуляции углеводного обмена.

Динамика показателей липидного обмена была более заметной при применении 2-го ЛК, статистически значимо снижался общий холестерин, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП, коэффициент атерогенности, триглицериды (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика показателей липидного обмена

Показатели	Группы больных	
	1 (n=50)	2 (n=50)
Общий холестерин (ммоль/л)	5,84±0,2 5,15±0,23	5,45±0,23 4,96±0,21*
ХС-ЛПНП (ммоль/л)	2,64±0,16 2,27±0,15	2,91±0,14 2,30±0,13*
ХС-ЛПОНП (ммоль/л)	0,84±0,068 0,80±0,064	0,93±0,089 0,84±0,064*
ХС-ЛПВП (ммоль/л)	1,07±0,031 1,09±0,038	1,08±0,039 1,11±0,026*
Коэффициент атерогенности	5,6±0,033 3,83±0,33*	4,21±0,26 3,41±0,28*
Триглицериды (ммоль/л)	1,86±0,15 1,73±0,14	2,03±0,19 1,65±0,13*

Примечание: в числителе – показатели до лечения, в знаменателе – после лечения; достоверность различий показателей * - $p<0,05$.

Механизм липолитического и трофического эффектов во многом связан с модификацией биорегуляторных процессов, происходящих под воздействием комплексной талассотерапии (курс аппликаций и обертываний из морских водорослей анапского региона в сочетании с морскими купаниями и гидрокинезотерапией в бассейне с морской водой), результирующим чего является усиление метаболизма в тканях, расщепление жировых отложений,

вазодилатация, стимуляция активности фибробластов (клеток, обеспечивающих тонус кожи), усиление лимфодренажной функции, укрепление сосудистой стенки.

Вывод. В результате полученных данных непосредственных наблюдений можно сделать вывод, что курс аппликаций и обертываний из морских водорослей анапского региона в сочетании с морскими купаниями и гидрокинезотерапией в бассейне с

морской водой обладает саногенетическим действием в отношении метаболических, воспалительных и биохимических реакций при ОА и абдоминальном ожирении. При этом существенную роль играет усиление реабилитационного потенциала природных лечебных факторов морских курортов за счет дополнительного воздействия биологическими субстратами. Это повышает общую эффективность курортной терапии и расширяет показания для медицинской реабилитации, в частности, для больных с метаболическим синдромом.

Литература:

1. Кургин, М.Е. Медико-социологические аспекты оценки удовлетворенности пациентов полученными санаторно-курортными услугами. / М.Е. Кургин, Н.А. Мурашко. // Курортная медицина. - 2013. - №3. - С. 73-80.
2. Насонова, В.А. Остеоартроз коленного сустава: причины развития, диагностика и профилактика. / В.А. Насонова. // Consilium Medicum. – 2003. - №5(2). – С. 90-95.
3. Тицкая, Е.В. Сравнительная эффективность лечебных комплексов с использованием пелоидотерапии у больных остеоартрозом пожилого возраста. / Е.В. Тицкая, Н.Ф. Мирнотова. // Физиотер., бальнеол., реабил. – 2012. - №2. – С. 21-25.
4. Талассо- и фармакотерапия в реабилитации больных остеоартрозом: мед. технология /Б.Н. Рогозян, Н.В. Ефименко, А.С. Кайсинова, А.Ф. Бабякин. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2011. - № 6. - С. 51-54.
5. Холопов, А.П. Курорт Анапа. Лечение морскими водорослями. // А.П. Холопов, В.А. Шашель, Б.Н. Рогозян. // Краснодар, 2009. – 200 с.
6. Способ лечения больных абдоминальным ожирением с применением магнитолазеротерапии в комплексном курортном лечении: Мед. технология. / Л.А. Ботвинева, Л.А. Черевашенко, Е.А. Акаева и др. // Мед. технология ФС №2010/276. – Пятигорск, 2010. – 20 с.
7. Санаторно-курортная реабилитация больных остеоартрозом на Черноморском побережье Кавказа на основе морских водорослей. //Рогозян Б.Н., Ефименко Н.В., Кайсинова А.С.//Анапа,2013.-178с.

РЕЗЮМЕ

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ НА КУРОРТЕ АНАПА

Рогозян Б.Н., Ефименко Н.В., Кайсинова А.С.,
Ботвинева Л.А., Аветисова Е.Л.

Проведены наблюдения 100 больных остеоартрозом в сочетании с абдоминальным ожирением. В результате полученных данных непосредственных и отдаленных наблюдений выявлено, что курс аппликаций и обертываний из морских водорослей анапского региона в сочетании с морскими купаниями и гидрокинезотерапией в бассейне с морской водой обладает саногенетическим действием в отношении метаболических, воспалительных, деструктивных и биохимических реакций при ОА в сочетании с абдоминальным ожирением.

SUMMARY

MEDICAL REHABILITATION OF THE PATIENTS SUFFERING FROM OSTEOARTHRITIS COMPLICATED BY OBESITY IN ANAPA RESORT

Rogozyan B.N., Efimenko N.V., Kaisinova A.S.,
Botvineva L.A., Avetisova E.L.

We have observed 100 patients suffering from osteoarthritis with transabdominal obesity. The results of the direct observations and long-term follow-ups prove that the course of seaweed applications and wrappings in Anapa region in combination with sea bathing and hydrokinesitherapy in the pool with sea water has sanogenetic effect on metabolic, inflammatory, biochemical reactions with patients suffering from osteoarthritis with abdominal obesity.

БАЛАЛАРДЫҢ ЦЕРЕБРАЛЬДІ САЛ АУРУЫНЫҢ ГЕМИПАРЕЗДІК ТҮРІНДЕ ҚОЛДАНЫЛУЫНЫҢ МӘНІ.

Салықова Г.О., Баймулдина Ф.К.

АҚ «Республикалық Балаларды Оңалту Орталығы», Астана қаласы.

Түйінді сөздер: айналық терапия, реабилитация.

Өзектілігі. Айналық терапия деген не? Қолдың сал ауруын айнаның көмегімен емдеу. Қазіргі уақытта батыс медицинасында қолдың сал ауруын айна немесе бейнероликтердің көмегімен науқастың ішкі еркін жұмылдыру арқылы емдеу кең таралуда. «Айналық терапияда» бір қолының толық немесе жартылай сал ауруымен ауыратын науқастың алдына дененің тік осіне қырынан, ал кескіндік беті сау қолға қаратылып айна қойылады. Науқас айнаға өзінің ауру қолына қарағанымен, онда өзінің сау қолын көреді. Осы қалыпта дәрігердің бұйыруы бойынша науқас екі қолымен бірдей қимылдар жасауға тырысады. Егер науқас толық және жартылай сал ауруымен ауырса, онда айнаның артында тұрған дәрігер ауыратын қолға сау қолмен бірдей қимылдар жасауға көмектеседі. Осылайша науқаста сау қол елесі пайда болады, бұл оған ішкі күштерін ауру мүшесін басқаруға шоғырландыруға көмектеседі.

Қарапайым шындық емес пе? Адамның миы аса икемді және алдануға дайын, зақымданған аяқ-қол қозғалысын елестету инсульттен пайда болған ағза тапшылығына бейімделуге көмектеседі. Зақымданған бөліктің бейімделуі мидың басқа салаларын тарту арқылы жүзеге асырылады, осылайша зақымданған саладағы осы міндеттердің орнын толтырады. Айнада кескінделген дұрыс қимылдарды елестету зақымданған аяқ-қолға қабылданады, осылайша миға қозғалыстардың жаңа жүйелерін, ми морфингін жасауға көмектеседі.

«Айналық терапияда» өзін өзі сендіру үлкен рөл атқарады. Яғни, науқастың психикалық энергиясы оның өз еркімен ауру мүшесіне қарай ығысады. Айналық кескін елесі адамға өз еркін сал мүшені қозғалтуға шоғырландыруға ғана көмектеседі. Осындай ниет қандай күшті болса, оның табысқа жету мүмкіндігі соғұрлым көп болады.

Айналық кескін (бейне) терапиясының мақсаты - пациенттің зақымданған қолын пайдалана отырып өзіне маңызды тапсырмаларды жасау қабілетін жақсарту.

Бұл терапия мыналарға оң әсер етеді:

- Ұсақ моторика;
- Зақымданған қолдың жұмылдырылғыштығы;
- Үйлестікті қалпына келтіру;
- Адамның сенсорлық функциясын жақсарту;
- Зейінді шоғырландыру;

Материал және зерттеу әдістері: Қаңтар айынан орталықта сал ауруының гемипарездық түрімен науқастанған 53 баланың ішінен 17 балаға «Айналық кескін терапиясы» қолданылды. Нәтижесінде, барлық 17 балада оң көрсеткіш байқалды.

Инновативтік емдеу әдісі. Емдік дене шынықтыруды

зақымданған аяқ-қол функциясын және жеке іс-әрекетті қалпына келтіруге назар аударып отырып оны пайдалану мүмкіндіктерін арттыру үшін қолдануға болады.

Көзбен шолулық айналық елестің ми белсенділігінің әсері. Зақымданбаған қолды қозғалту барысында айнада екі қол арасында қарама-қарсы бейне пайда болады. Ол зақымданбаған қолдың елесін тудыра отырып зақымданған қолды қозғалту қабілетін күшейтеді.

Қолдардың екі жақты белсенділігі. Қолдардың екі жақты белсенділігін көптеген авторлар зерттеген және оны бір жақты белсенділікпен салыстырған. Олар қол функциясын қалпына келтіруде бір жақтыға қарағанда екі жақты белсенділіктің тиімділігін байқады. Айналық бейне терапиясы бір жақты белсенділік әрекетін және зақымданған қолды «пайдаланбауды» жояды немесе төмендетеді. Айналық бейне терапиясы мидан денеге аяқ-қолдардың орналасуы, пішіні және салмағы туралы аса қатты белгі беретін бас және жұлын миының моторлық неврондарының сезімталдығын арттырады. Жүйке жүйесі неврондары ақпаратты кері қайтарады да ми дене бітімін нақтылайды. Осылайша айна біздің миды дененің қалаған түрін қалпына келтіруге «мәжбүрлейді».

Айналық бейне терапиясы жағымды көру әсерін қалыптастырады, зақымданған аяқ-қолды қозғалту отырып зақымданбаған аяқ-қолдың қалыпты қимылдарын бақылауға жағдай жасайды. Бұл үдеріс проприорецепцияны және бас миы моторлық қабығының зақымданған қолдың қалыпты қимылына жауап беретін бөлігін жандандырады.

Айналық терапия әдісін қолдану үшін күрделі құралдың қажеті жоқ, мұндай терапияны үй жағдайында жасауға болады. Тігінен айна орнатылған үстел басына пациентті отырғызады. Зақымданған қол айнаның артына пациент көрмейтіндей, ал айнада сау қол көрінетіндей етіп қойылады. Пациент айнаға қарай отырып, алақаны мен саусақтарын бүгеді және жазады. Өзінің «зақымданған» қолын, ал шын мәнінде – зақымданбаған қолдың бейнесін көреді. Сабақ барысында пациенттің екі қолымен бірге қимылдар жасағанын өтінеді. 5 жастан асқан балаларға, күніне 30 минуттан аптасына 5 рет, 6 апта немесе 4 апта бойы жасалады.

Науқастың айнадағы сау қол бейнесін жақсы көруі және зақымданған қолды көрмеуі маңызды. Науқас өзінде екі сау аяқ бар деп есептейтіндей етіп, аяқ үшін де осы қағидалар қолданылады.

Үдерістің басқа бөлігі бұл сау қолмен орындалатын жаттығулар. Науқас жаттығу қимылдарын орындауда сау қолын пайдаланады. Мысалы, қарапайым буынды бұғу және жазуды орындай аласыздар. Қимыл жасау барысында сіз айнаға қарап отырсыз.

Сонымен, айналық терапия жоғалған функцияларды бірнеше әдіспен қалпына келтіруде оң нәтиже көрсете алады. Біріншіден, сіз аяқ-қолдың дұрыс қозғалысын көресіз және қабылдайсыз, миға дұрыс қозғалыс дабылдары түседі, бұл осы қозғалыстарды зақымданған қолмен жасауға көмектеседі. Мұндай алдамшы елес мидың зақымданған бөліктерін айналып өтіп нейрондық байланысты қайта құрастыруға көмектеседі.

Айналық терапия жаттығуларын орындау барысында науқастар көргенінен қызық сезімде болады, зақымданған аяқ-қолдың қозғалысын көре отырып бұл миды дұрыс ынталандырады, ол зақымданған аяқ-қолмен қозғалысты қайталауға тырысады.

Әдебиеттер:

1. <http://www.thieme.de/physioonline>
2. <http://www.doslovno.info/articles/85-reabilitatsionnye-tsentry-germanii>
3. <http://www.ampgirl.su/tag/zerkalnaya-terapiya-pri-fantomnyx-bolyax>

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАРДЫҢ ЦЕРЕБРАЛЬДІ САЛ АУРУЫНЫҢ ГЕМИПАРЕЗДЫҚ ТҮРІНДЕ ҚОЛДАНЫЛУЫНЫҢ МӘНІ.

Салыкова Г.О., Баймулдина Ф.К.

Мақалада балалардың церебральді сал ауруының гемипарездық түрінде қолданылуының мәні. Қаңтар айынан орталықта сал ауруының гемипарездық түрімен науқастанған 53 баланың ішінен 17 балаға «Айналық кескін терапиясы» қолданылды. Нәтижесінде, барлық балада оң көрсеткіш байқалды.

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА.

Салыкова Г.О., Баймулдина Ф.К.

В статье изложено применение зеркальной терапии при заболевании детского церебрального паралича с гемипаретической формой. В Центре в течение 6 месяцев 2014 года с данной патологией находились на реабилитации 53 пациента, из них 17 пациентам в комплексном лечении применяли зеркальную терапию. В результате у всех пациентов отмечается положительная динамика.

SUMMARY

MIRROR THERAPY. THE USE OF MIRROR THERAPY FOR DISEASES OF HEMIPARETIC CEREBRAL PALSY FORM.

Salykova G.O., Baimuldina F.K.

In the article is described the significance of the use of mirror therapy for diseases of hemiparetic cerebral palsy form. In the center since January over the stated pathology there were in rehabilitation 53 patients, from them 17 patients used mirror therapy. As a result at all patients positive dynamics is noted.

АНАПА — ФЕДЕРАЛЬНЫЙ КУРОРТ ДЕТСКОГО И СЕМЕЙНОГО ОТДЫХА

**Себрякова В.С., Журавлева Н.В., Медведев В.А., Денисенко Н.Ф.
ЗАО «ДиЛУЧ» санаторно-курортный комплекс,
город-курорт Анапа, Россия**

Курорт Анапа находится на юге России, в Краснодарском крае, в западной части Черноморского побережья Кавказа. Курортом Анапа стала более 110 лет назад и развивается в этом направлении непрерывно. Сегодня это климатический, бальнеологический и грязевой курорт федерального значения, крупнейший и единственный специализированный детский и семейный курорт для оздоровительного отдыха, лечения и реабилитации детей и взрослых. Ежегодно более трех миллионов россиян, а также жителей ближнего и дальнего зарубежья устремляются сюда за здоровьем.

Анапа располагает уникальными природными лечебными факторами:

главная ценность — это теплое, не замерзающее круглый год Черное море, - гигантский открытый бассейн целебной воды;

исцеляющий климат, одновременно предгорно-степной и мягкий средиземноморский;

Анапа - самый солнечный курорт в стране, так как почти 300 дней в году на нём ясные и без дождей;

сорок пять километров черноморских песчаных пляжей с золотистым кварцевым песком и тринадцать километров пляжей из гальки;

мелководная бухта, прогреваемая солнцем и пригодная для купания детей, продолжительный купальный сезон с мая по октябрь,

двенадцать типов различных по составу минеральных вод: для внутреннего применения - Анапская и Семигорская; для наружного применения - йодобромные рассолы и сероводородные источники из региональных месторождений «Семигорское», «Анапское», «Бимлюкское», «Раевское», «Джеметинское», «Цыбанобалкинское»;

единственные в России громадные запасы (более 5 млн. тонн) лиманных сероводородных целебных грязей Кизилташского и Витязевского лиманов и озера Соленого - одних из лучших в стране по своему составу и лечебному воздействию;

свыше 50 вулканических сопок (грязевых вулканов) с большими запасами целебной сопочной грязи - это единственное месторождение подобной грязи в России;

морепродукты (водоросли, моллюски, ракообразные, рыбы) — источник полноценного белка и минеральных веществ для питания, лекарственных компонентов для лечения ряда заболеваний;

виноград, ведь Анапа — курорт виноградный, здесь произрастают лучшие сорта лечебного столового винограда, который широко используется в диетическом питании отдыхающих, в том числе сухие виноградные вина;

В последние годы очевидно стремительное становление Анапы как круглогодичного климатического, грязевого и бальнеологического

курорта с мощной медицинской составляющей. Если летом на курорте преимущественно востребованы климато-, гелио- и талассотерапия наряду с традиционными бальнео- и физиопроцедурами, то в межсезонье идеально сочетаются физические факторы, пеллоидотерапия и бальнеолечение с климатолечением, купанием в лечебных бассейнах и дозированной физической нагрузкой.

Важнейшим фактором в улучшении рекреационных услуг в последние годы стала работа, направленная на обустройство пляжных территорий, в результате которой более 20 пляжей Анапы были приведены к европейским стандартам. Кроме того, большинство здравниц имеет прекрасные зимние бассейны с подогреваемой морской или минеральной водой, что поддерживает привлекательность курорта в холодное время года.

Кроме того, терренкуры и маршруты дозированной ходьбы в Анапе стали украшением и гармоничной составляющей санаторно-курортного комплекса, основой климатолечения. Проложены десятки километров велосипедных дорожек.

Функционирует семь питьевых бюветов с анапскими минеральными водами. Методики бальнеолечения на основе наших минеральных вод для наружного применения чрезвычайно разнообразны. Наиболее распространены на курорте йодобромные ванны Цыбанобалкинское месторождения.

Пеллоидотерапию использует большинство здравниц: в виде классических грязевых аппликаций, разводяных грязевых ванн, гальваногрязи, в том числе в стоматологии, гинекологии, проктологии и косметологии. В санаторно-курортном комплексе «ДиЛУЧ» возродили более щадящую и ресурсосберегающую методику тонкослойных грязевых аппликаций.

Богатейшие целебные природные факторы в сочетании с огромным перечнем методов лечения немедикаментозного характера (а их у нас более 400) позволили нам создать крупнейшие высокоэффективные центры реабилитации для больных детей и взрослых при самых различных патологиях. Именно в Анапе были разработаны основы отечественной детской курортологии.

На нашем курорте, под руководством видного отечественного ученого Ю.М. Левина, было заложено новое направление в курортной медицине — эндозкологическая реабилитация. За эти разработки ученые курорта, руководители здравниц «ДиЛУЧ» и «БФО» В. Себрякова и П. Ионов были награждены Премией правительства в области науки и техники. Сегодня методы очищения человеческого организма от вредных шлаков, включая радионуклиды, продолжают применяться ведущими здравницами Анапы.

В целях развития и совершенствования курортного

дела 25 передовых здравниц Анапы 19 лет назад объединились в Анапскую региональную курортную Ассоциацию (АРКА) под эгидой Национальной курортной Ассоциации России. Цели и задачи АРКА обширны, и одной из них является защита интересов курорта Анапа, имеющего статус курорта федерального значения.

Предприятия-члены АРКА позиционируют курорт на всех уровнях: это научно-популярные и рекламные материалы в средствах массовой информации и научно-практических сборниках, журналах, выступления на научных форумах. За последние 5 лет изданы научные труды: «Климатотерапия», «Санаторно-курортное лечение хронических заболеваний у лиц пожилого возраста», «Руководство по детской курортологии», «Минеральные воды Краснодарского края», «Грязелечение в санаторно-курортных условиях». Вышли в свет красочные издания «Мечта по имени Анапа» и «Курортная медицина в Анапе».

При поддержке и участии АРКА на курорте ведется активная научно-практическая работа: проводятся научные форумы, выпускается Сборник «Современное состояние и перспективы санаторно-курортного лечения и реабилитации в детских и семейных здравницах Краснодарского края», научно-практический журнал «Санаторно-курортное лечение и отдых в Анапе», поэтому наш курорт широко известен не только среди населения, но, прежде всего, в научных кругах как в России, так и за рубежом.

Анапские курортологи — постоянные участники и дипломанты ведущих российских и международных форумов по курортологии — всероссийского форума «Здравница» и сессий Генеральной ассамблеи Всемирной Федерации Водолечения и Климатолечения (ФЕМТЕК).

В лечении пациентов здравницы используют федеральные стандарты санаторно-курортного лечения. В ведущих санаторно-курортных учреждениях созданы профильные центры для реабилитации и оздоровления пациентов при различных заболеваниях и состояниях.

Так, в санаторно-курортном комплексе «ДиЛУЧ», который является базовой здравницей Анапы и одной из крупнейших здравниц Черноморского побережья, успешно функционируют реабилитационные центры для больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, с нестабильной стенокардией и состояниями после лапароскопических операций по удалению желчного пузыря, пациентов с профессиональными заболеваниями, для оздоровления беременных групп риска.

«ДиЛУЧ» первым в России, еще в 90-е годы, разработал и ввел в практику «укороченные» и «плавающие» сроки лечения продолжительностью 14-18-21-24 дня и даже 5-10 дней. Популярен у населения и лечебный туризм. Всё вместе позволяет туристам в любое время года удовлетворить их потребность в быстром, экономичном, удобном способе восстановления здоровья.

Ведущие санаторно-курортные учреждения применяют в своей практике также специализированные лечебные программы, разрабатываемые их

специалистами для лечения определенных патологий.

Так, в «ДиЛУЧ» - пионере этого инновационного продукта - разработаны 17 специализированных программ санаторного лечения: «Экология внутри нас», «Антистресс», «Здоровый позвоночник — источник долголетия», «Свободное дыхание, чистая кожа», серия программ «Любимый ребенок» и другие.

В Анапе умело используют гибкую ценовую политику, когда в межсезонье здравницы по сниженным ценам на путевки принимают туристов и пациентов для оздоровления и лечения из малоимущих слоев населения, детей и подростков, ветеранов войн и труда, пенсионеров, работников бюджетной сферы.

Эффективность лечения и реабилитации больных детей и взрослых в прохладный период равнозначна эффективности лечения в летние месяцы, которая составляет 98%. Социальная, экономическая и демографическая значимость нашего курорта для государства Российского исключительна велика. Курорт выполняет важнейшую социальную роль в сбережении и восстановлении здоровья россиян.

Составляющая привлекательности нашего курорта включает в себя много и других позиций. Это и благоустройство, и освещение, и водоснабжение, и озеленение, и безопасность. На курорте создана доступная безбарьерная среда для людей с ограниченными возможностями передвижения — повсюду пандусы, обозначенные дорожки для отдыхающих колясочников. Мы добиваемся серьезных имиджевых результатов для будущего России, ее детей.

Мы стремимся к тому, чтобы курорт Анапа соответствовала мировым стандартам. Доказательством этому является факт, что решением Генеральной ассамблеи Всемирной федерации водолечения и климатолечения (ФЕМТЕК) Анапе трижды было присвоено звание «Лучший курортный регион мира»: в 2006, 2007 и 2011 годах.

РЕЗЮМЕ

АНАПА — ФЕДЕРАЛЬНЫЙ КУРОРТ ДЕТСКОГО И СЕМЕЙНОГО ОТДЫХА.

Севрюкова В.С., Журавлева Н.В., Медведев В.А., Денисенко Н.Ф.

Курорт Анапа находится на юге России, в Краснодарском крае, в западной части Черноморского побережья Кавказа. История курорта Анапа насчитывает более 110 лет. Сегодня это климатический, бальнеологический и грязевой курорт федерального значения, крупнейший специализированный детский и семейный курорт в России.

Природные лечебные факторы Анапы уникальны. В их числе: целебный климат по типу средиземноморского, Черное море, песчаные и галечные пляжи, целебные минеральные воды для внутреннего и наружного применения, целебные грязи, морепродукты. А также виноград и виноградные вина, фрукты, овощи, хлеб, натуральные молочные и мясные продукты, производимые в Краснодарском крае.

Всё это, наряду с самыми разнообразными физическими факторами санаторно-курортной терапии круглый год широко применяется санаториями курорта в лечении взрослых и детей.

В целях развития и совершенствования курортного дела 25 передовых здравниц Анапы 19 лет назад объединились в Анапскую региональную курортную Ассоциацию (АРКА) под эгидой Национальной курортной Ассоциации России. Цели и задачи АРКА обширны, и одной из них является защита интересов курорта Анапа. Кроме того — научно-практическая работа на курорте.

Один из членов АРКА, санаторно-курортный комплекс «ДиЛУЧ» является флагманом курортной медицины и науки. Научный подход к диагностике и лечению, внедрение коротких сроков лечения, лечебный туризм, специальные лечебные программы, реабилитационные центры — это малая часть достижений санатория «ДиЛУЧ».

Анапа стремится соответствовать мировым стандартам. Доказательством этому является факт, что решением Генеральной ассамблеи Всемирной федерации водолечения и климатолечения (ФЕМТЕК) Анапе трижды было присвоено звание «Лучший курортный регион мира»: в 2006, 2007 и 2011 годах.

SUMMARY

ANAPA - FEDERAL RESORT CHILDREN AND FAMILIES.

Sevryukova V. S., Zhuravleva N. V., Medvedev V.A., Denisenko N. F.

The resort of Anapa is located in the South of Russia, in the Krasnodar region, in the western part of the Black Sea coast of the Caucasus. Anapa resort history dates back more than 110 years. Today it is climatic, balneology and mud resort of federal importance, the largest specialized children's and family resort in Russia.

Natural curative factors of Anapa are unique. Among them: a healing climate of the Mediterranean type, Black Sea, sand and pebble beaches, healing mineral water for indoor and outdoor use, curative mud, seafood. As well as grapes and grape wine, fruit, vegetables, bread, organic dairy and meat products produced in the Krasnodar region.

All this, along with a variety of physical factors of sanatorium-and-spa treatment of the year round resort's sanatoria is widely used in the treatment of adults and children.

Development and improvement of the balneology health resorts advanced 25 Marseille 19 years ago banded together in the Anapskuï regional Resort Association (ARRA) under the auspices of the national Spa Association of Russia (NRA). The aims and objectives of the ARRA are extensive, and one of them is to protect the interests of the resort of Anapa. In addition, research and practical work at the resort.

One of the members of the arch, sanatorium-resort complex «DiLUCH» is the flagship resort of medicine and science. A scientific approach to diagnosis and treatment, the introduction of short periods of treatment, therapeutic tourism, special treatment programs, rehabilitation centers is a small part of the sanatorium «DiLUCH».

Anapa strives to meet the world standards. Proof of this is the fact that the decision of the General Assembly of the World Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy (FEMTEC) Anapa three times was awarded the title of «best resort region in the world»: in 2006, 2007 and 2011 respectively.

ФОРМИРОВАНИЕ ОПТИКО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ГНОЗИСА У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ С СИСТЕМНЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ.

Султанова Г.М., Шамаева Ю.В.

**Республиканский реабилитационный детский центр г. Астана,
Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента
здравоохранения, г. Москвы**

Ключевые слова: нейрореабилитация, концепция, комплексность, очаговые поражения головного мозга, инсульт, черепно-мозговая травма, алалия, афазия, агнозия, апраксия, апрактогнозия.

Пространственные представления имеют универсальное значение для всех сторон деятельности человека. Гармоничное развитие ребенка невозможно без развития у него способности к ориентировке в пространстве.

Изучавшие пространственные представления и ориентировку в пространстве исследователи (Б.Г. Ананьев, М.В. Вовчик-Блаkitная, А.А. Люблинская, Т.А. Мусейбова, Ф.Н. Шемякин и др.) установили, что их несформированность к концу дошкольного возраста является одной из причин, вызывающих затруднения при овладении детьми школьными навыками. В свете этих данных актуальным представляется развитие у детей адекватных способов восприятия пространства, полноценных пространственных представлений и прочных навыков ориентировки в пространстве; эта задача выступает как необходимый элемент подготовки ребенка к школе.

При этом одним из основных направлений решения этой задачи должно быть формирование у детей ориентировки на микроплоскости, поскольку суть и содержание многих школьных навыков и видов деятельности, с которыми ребенок соприкоснется с самого начала обучения в школе (письмо, чтение, ручной труд, ориентировка в пространстве страницы учебника, тетради, в пространстве парты и т.п.) требует владения навыками ориентировки на микроплоскости.

Особое значение имеет овладение пространственными представлениями и навыками ориентировки в пространстве для детей с системным недоразвитием речи. Дети этой категории испытывают существенные трудности в овладении действиями восприятия, в приобретении опыта практического преобразования пространства, при его отражении в слове и в продуктивных видах деятельности. Неполноценность пространственных представлений у детей с системными нарушениями речи отмечают многие исследователи (О.П. Гаврилушкина, Т.Н. Головина, З.М. Дунаева, Ибаньес Релус Тереса Р., Л.Н. Кассал, Л.И. Пепик, В.Г. Петрова и др.), считая основными причинами этого бедность практического опыта ориентировки и слабость пространственного анализа и синтеза.

Относительное увеличение числа таких детей обуславливает постановку вопроса о приемах, методах работы с данной категорией детей, о разработке содержания и программы коррекционно-педагогической работы с ними.

Следовательно, существует необходимость разработки, методов и средств коррекции недостаточности развития пространственной ориентировки у детей с системными нарушениями речи, что и определяет проблему нашего исследования: на основании изучения своеобразия пространственных представлений и ориентировки в пространстве детей 5-6 лет с системным нарушением речи, разработать содержание, методы и организационные формы коррекционно-педагогической работы, направленной на преодоление недоразвития у детей данной категории этих процессов.

Оптико-пространственная агнозия возникает при преимущественном повреждении верхнетеменных и теменно-затылочных отделов коры левого или правого полушарий мозга, благодаря которым осуществляется комплексное взаимодействие нескольких анализаторных систем (зрительной, слуховой, тактильной, вестибулярной). Особенно грубо оптико-пространственная агнозия проявляется при симметричных двусторонних очагах поражения.

Особенности функционирования зрительных зон мозга позволяют опознавать такие пространственные признаки зрительных изображений как величина, удаленность, направленность, взаиморасположенность объектов.

Все эти характеристики предметов познаются в онтогенезе за счет ассоциативных связей между различными модальностями - тактильной, слуховой, зрительной. В соответствии с этим А.Р.Лурия рассматривал, например, оптико-пространственные нарушения как дефект синтеза информации различных модальностей. Он указывал также, что они как правило проявляются во многих видах психической деятельности: двигательной, конструктивной, в вербально-логических операциях речи, в письме, счете. Такие расстройства различны по форме в зависимости от локализации очага поражения, и, прежде всего от стороны мозга, в которой они расположены. В период овладения соответствующими видами деятельности причиной таких расстройств могут быть не только поражения, но и различные дисфункции созревания мозговых структур.

Левополушарные (доминантные) очаги или дисфункции приводят к нарушениям пространственно-ориентировочной деятельности. Они характеризуются недостаточностью дискретно-логического анализа оптико-пространственных объектов.

В этих случаях нарушены:

- схематические представления о пространственных соотношениях объектов действительности (неспособность осуществить поворот фигуры в

пространстве, ориентироваться в географической карте, часах, пространственных играх, и т. д.);

- различные видов конструктивной деятельности, рисования;

- схема тела (аутопагнозия);

- называние и понимание слов, обозначающих пространственные взаимоотношения: предлоги с пространственным значением - на, в, под, над и т.д., наречия типа далеко, сбоку, внизу и т. д., на основе чего часто возникает аграмматизм, характерный для больных с семантической афазией;

- идентификация и называние пальцев рук (пальцевая агнозия);

- письмо и чтение (в основе - дефект аналитико-синтетических, симультанно осуществляемых действий по звукобуквенному анализу состава слова).

Правополушарные (субдоминантные) очаги поражения при оптико-пространственной агнозии и дисфункции наблюдаются значительно чаще, чем левополушарные. Они обуславливают недостаточность целостного восприятия оптико-пространственной ситуации:

- симультанную агнозию, при которой имеется неспособность оценить смысл сюжетной картинки в связи с фрагментарностью восприятия пространственной ситуации, хотя узнавание отдельных объектов, как правило, остается сохранным;

- нарушение опознания знакомой пространственной ситуации, неспособность воспроизведения ее по памяти;

- нарушение схемы тела (аутопагнозия), когда ориентация в расположении частей тела затрудняется потому, что они воспринимаются искаженными по величине, диспропорциональными.

Это особенно ярко проявляется на контрлатеральной (противоположной) очагу поражения левой половине тела.

Как следствие нарушения схемы тела и ослабления зрительного контроля возникают трудности построения движения в пространстве, т.е. апрактоагнозия, состоящая в распаде упроченных бытовых навыков, например, одевания (апраксия одевания), способности рисовать, совершать профессиональные действия и т.п.

Наиболее ярким и характерным симптомом оптико-пространственных расстройств, возникающих при поражении правого полушария мозга, является односторонняя пространственная агнозия. При ней появляется феномен игнорирования левой половины пространства, а также зрительных, слуховых, тактильных стимулов, исходящих из левой половины пространства.

Формирование оптико-пространственного гнозиса и сенсомоторных координаций у детей старшего дошкольного возраста с системным нарушением речи

Исключительная значимость современного формирования пространственных функций для детского развития, их тесная взаимосвязь со становлением познавательной деятельности и развитием специфических школьных навыков и умений неоднократно были предметом обсуждения в научно-теоретических и прикладных исследованиях

(Б. Г. Ананьев, В. В. Бушуров, О. И. Галкина, М. А. Гузеева, Л. А. Кладницкая, А. Я. Колодная, А. Р. Лурия, А. А. Люблинская, Е. Ф. Рыбалко, Н. Ф. Шимякин и др.). Установлено, что, несмотря на большой прогресс в развитии пространственного восприятия и пространственных представлений, который наблюдается у детей на протяжении всего дошкольного возраста, недостаточность пространственных функций обуславливает 47 % трудностей, испытываемых ими при усвоении учебного материала по математике, 24 % трудностей при усвоении материала по русскому языку и формировании навыков письма, 16 % трудностей при обучении чтению.

Наиболее типичными ошибками пространственного различения у детей с системным нарушением речи являются:

- в чтении - суженный круг различного пространства строчек, что затрудняет переход к свободному чтению, пространственное различение сходных по форме букв и др.;

- в письме - неумение соотносить букву и линии в тетради, т.е. ориентироваться в пространстве листа в тетради, смешение верха и низа сходных букв, зеркальные ошибки вследствие перевертывания буквенного знака в обратную сторону;

- в математике - ошибочное написание цифр, неумение расположить симметрично запись примеров в тетради;

- в рисовании - неумение расположить рисунок в пространстве листа, трудности в овладении пропорцией в рисунке и др.

В числе основных причин этих трудностей во-первых, незавершенность процесса формирования типов совместной работы обоих полушарий головного мозга и, во-вторых, обилие вновь вводимых учителем словесных обозначений пространственных признаков, которые не подкрепляются практическими действиями учеников и специальной тренировкой анализаторов на различение пространственных признаков и отношений между объектами.

Сенсомоторные координации

Выработка у детей точной и четкой координации в системах «глаз-рука», «ухо-рука», «глаз-ухо-рука» занимает значимое место в программе профилактики школьных трудностей, поскольку установление межанализаторных связей и успешный синтез зрительной, слуховой и кинестетической информации обеспечивают правильное соотношение звуковой устной речи с буквами при письме и чтении. В то же время обнаруживаемая у части детей на этапе школьного старта слабость слухо-зрительно-двигательных связей снижает возможности усвоения звукобуквенных соответствий при письме и чтении, что требует использования в работе с ними системы игровых развивающих и коррекционно-развивающих заданий.

Методы коррекционной работы по формированию оптико-пространственного гнозиса у детей с системным нарушением речи 5-6 лет

Коррекционная работа с детьми с системным нарушением речи осуществляется в условиях

естественного педагогического процесса. Она строится с учетом ведущих дидактических и специфических принципов для данной группы детей. К последним относятся принципы корригирующего обучения, учет первичных и вторичных дефектов, опора на сохранные анализаторы и создание полисенсорной основы, формирование всесторонних представлений об окружающем с опорой на различные формы вербальной и невербальной деятельности, учет уровней сформированности речи и структуры речевого нарушения, опора на сохранные компоненты речевой деятельности, учет новизны, объема, нарастающей сложности вербального материала.

В процессе коррекционной работы осуществляется комплексное многостороннее воздействие, организуемое силами дефектолога, логопеда и воспитателя в системе разнообразных занятий с детьми.

В коррекционной работе огромное значение придается дидактическому воздействию на специально организованных занятиях, которые проводятся дифференцированно, с учетом состояния интеллекта детей, их речи, способов восприятия и индивидуальных особенностей. Преобладающими являются индивидуальные занятия и с детьми.

Воспитателями и учителя совместно с логопедами определяются задачи, направленные на коррекцию оптико-пространственных нарушений. Коррекционно-логопедические задачи по развитию пространственных представлений, а также в предметно-практической деятельности, реализуются также на музыкальных и ритмических занятиях.

Огромное значение в работе с этими детьми в целях формирования представлений о многообразии предметного мира придается природной наглядности. Обязательным элементом занятий должна быть игра. Вводят элементы, направленные на коррекцию предметно-практической, игровой и познавательной деятельности. Неотъемлемым должно быть совершенствование моторных навыков, координации, ориентировки в пространстве и конструктивного праксиса. Эта работа увязывается с развитием речевых навыков и формированием соответствующих понятий. В основу ее должно быть положено формирование углубленных представлений и реальных знаний детей об окружающем мире. На этой предметной базе строится развитие их речи. Основное внимание обращают на расширение их словарного запаса, на правильность соотносительности слова с образом предмета, формирование обобщающих понятий, грамматического строя и связной речи.

В основу работы положено формирование речевых стереотипов, накопление которых строится посредством вычленения обобщающих или контрастных признаков. Накопление словарного запаса, практическое овладение грамматическим строем обеспечивают переход к составлению предложений по картинкам, по опорным словам, а также по представлениям, которые могут быть сформированы у детей об окружающем мире, по описанию своего опыта. В системе логопедических занятий отрабатываются наиболее слабые звенья речевой деятельности детей. Важным

моментом в организации коррекционной работы является проведение обследования, совпадающего по времени с началом учебного года.

В коррекционной работе логопед большое внимание обращает на несформированность у детей с системными недоразвитием речи оптико-пространственных навыков, отрицательно влияющих на становление письменной речи. Коррекционный процесс предусматривает развитие оптико-пространственного гнозиса и праксиса, а также зрительного мнзиса, зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений.

Определены основные направления логопедической работы с учетом данных теоретических положений:

Первое направление: развитие зрительного и слухового восприятия и памяти, зрительного анализа и синтеза и коррекция их недостатков.

Второе направление: развитие пространственной ориентации, оптико-пространственного анализа и синтеза и коррекция их недостатков.

Для успешной эффективности и поддержания устойчивого интереса все задания детям предлагаются в виде интересных игр.

Специально организованная система психолого-педагогической работы с детьми старшего дошкольного возраста, направленная на формирование оптико-пространственного гнозиса, способствует развитию когнитивных функций, предупреждению нарушений учебных навыков, становлению социально-бытовых и двигательных функций.

Литература:

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста. М., 2010.
2. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. «Преодоление трудностей учения. Нейропсихологический подход». СПб., 2008.
3. Глоzman Ж.М. Нейропсихология детского возраста. М., 2009.
4. Глоzman Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. СПб., 2008.
5. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М., 2009.
6. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. М., 2009.
7. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ решения задач. М., 2010.
8. Тонконогий И.М. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы. М., 2010.
9. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов. М., 2007.
10. Цветкова Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения. Нарушение и восстановление. М., 2005.

РЕЗЮМЕ

ФОРМИРОВАНИЕ ОПТИКО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ГНОЗИСА У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ С СИСТЕМНЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ.

Султанова Г.М., Шамаева Ю.В.

Актуальность проблемы заключается в том, что оптико-пространственный гнозис — один из главных психических процессов, создающих первичную базу для формирования речи детей, развитие которой совершенствуется в дальнейшем данный психический процесс. Кроме того, развитие пространственного гнозиса лежит в основе формирования познавательной деятельности дошкольников и является одной из главных предпосылок при подготовке их к школьному обучению.

SUMMARY

FORMATION OF OPTICAL SPATIAL GNOSIS CHILDREN 5-6 YEARS WITH SYSTEMIC SPEECH DEFICIENCY.

Sultanov GM, Shamaeva Y.

Urgency of the problem lies in the fact that the optical-spatial gnosis - one of the main mental processes that create the primary basis for the formation of children's speech, which improves the development of further active mental process. In addition, the development of spatial gnosis is the basis of formation of informative activity of preschool children and is one of the main prerequisites in preparation for their schooling.

НАРУШЕНИЯ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Султанова Г.М., Шевцова Е.Е., Волкова С.В.

Республиканский реабилитационный детский центр г. Астана, Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы

Ключевые слова: нейрореабилитация, концепция, комплексность, междисциплинарность, гипотиреоз, дизартрия, просодия.

Врожденный гипотиреоз (ВГ) - одно из наиболее часто встречающихся врожденных заболеваний эндокринной системы у детей. Частота врожденного гипотиреоза колеблется от одного случая на 3500-5000 новорожденных в Европе и Северной Америке до 1 на 2000 новорожденных в Латинской Америке и на Урале. У девочек заболевание встречается в 2-2,5 раза чаще, чем у мальчиков.

В основе заболевания лежит полная или частичная недостаточность тиреоидных гормонов, приводящая к задержке развития всех органов и систем. В первую очередь у плода, а затем у новорожденного ребенка страдает от недостатка гормонов центральная нервная система.

Гипоталамо-гипофизарно-тиреоидная система плода развивается независимо от материнского влияния. Гипофиз в виде самостоятельного образования выявляется уже на 4-ой неделе беременности, дифференцировка его клеточного состава заканчивается к 20-ой неделе эмбриональной жизни. К 14-16-й неделе внутриутробного развития щитовидная железа плода способна накапливать йод и синтезировать йодтиронины. Гипофиз плода к этому времени может секретировать тиреотропный гормон (ТТГ), который синтезируется базофильными клетками передней доли гипофиза. Причиной дисгенезии щитовидной железы могут быть как генетические факторы, так и факторы внешней среды. В настоящее время в отделении детской эндокринологии ЭНЦ РАМН активно изучаются молекулярно-генетические

основы врожденного гипотиреоза.

Это заболевание является инвалидизирующим, так как приводит к соматическим осложнениям, таким как нарушение сердечно-сосудистой деятельности, изменение функционального состояния центральной нервной системы, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

Больше других от недостатка тиреоидных гормонов у ребенка страдает центральная нервная система. Низкий уровень тиреоидных гормонов, особенно в первые месяцы жизни, приводит к задержке процессов миелинизации нервных волокон и дифференциации нервной ткани, снижает накопление липидов, гликопротеидов в нервной ткани, что в конечном итоге вызывает морфофункциональные нарушения в мембранах нейронов, проводящих путях мозга. Следствием этих патологических процессов является нарушение психофизического и речевого развития ребенка.

Установлена тесная корреляционная зависимость между сроками начала заместительной терапии и индексом физического, интеллектуального и речевого развития ребенка в дальнейшем. Благоприятное своевременное развитие можно ожидать только при начале лечения в первый месяц жизни ребенка. В последние десятилетия появилась реальная возможность массового обследования всех новорожденных на ряд врожденных заболеваний (фенилкетонурия, галактоземия, врожденная дисфункция коры надпочечников, муковисцидоз, гомоцистинурия), и, в первую очередь, учитывая частоту встречаемости, - на врожденный гипотиреоз.

В научных работах Э.И. Ефремовой (2002-

2008 гг.) подробно освещены вопросы диагностики нарушений голоса и речи, определены направления коррекционной работы по восстановлению голосовых и моторных функций у детей с ВГ.

В настоящее время недостаточно представлена методическая литература, посвященная вопросам логопедической и психолого-педагогической работы с детьми с врожденным гипотиреозом, направленная на преодоление просодических нарушений.

Наше исследование проходило на базе детского отделения ЭНЦ РАМН в 2007-2008 гг. Цель исследования заключалась в выявлении частоты нарушений речи и интеллекта у детей с врожденным гипотиреозом, которым заместительная терапия тиреоидными препаратами была назначена в раннем периоде постнатального развития.

Материалы и методы исследования: было обследовано 25 пациентов с вышеуказанной патологией в возрасте от 4 до 16 лет, из них 10 девочек, 15 мальчиков. Больные находились в состоянии клинико-гормональной компенсации.

Для оценки речи и интеллекта применялись следующие методы: анализ анамнестических данных, изучение медицинской документации, наблюдение, традиционное психолого-педагогическое обследование.

После проведенного исследования были получены следующие результаты.

Практически у всех детей, независимо от сроков начала лечения, выявляются дизартрические расстройства разной степени тяжести: от спастико-паретической до спастико-ригидной симптоматики, в отдельных случаях присутствуют спастико-гиперкинетические расстройства. Характерны нарушения иннервации артикуляционного, голосового, дыхательного аппаратов. В речевой симптоматике, помимо нарушения звукопроизношения и фонематического слуха, наблюдаются выраженные просодические трудности: речь монотонна, малообразовательна, голос тихий, слабомодулированный, бедный обертонами, темп чаще замедлен. У 3%

детей речевое расстройство осложняется заиканием и заикоподобными нарушениями. У 65% обследованных детей отмечается системное недоразвитие речи, в том числе, главным образом – II – IV уровня, так как практически все дети получали или получали логопедическую помощь. 3,2% детей на момент обследования не имели нарушений произносительной стороны речи, так как ранее посещали логопеда. Но практически у всех детей при этом сохраняются просодические нарушения, которые выражаются в несформированности темпо-ритмической организации речи, в нарушении ее интонационно-мелодической выразительности, расстройстве согласования механизмов дыхания и голосообразования, нечеткости дикции, гиперназализации, а также в трудностях грамматического и синтаксического оформления речи.

Кроме того, дети, которые начали получать заместительную терапию после трех лет, имеют стойкие нарушения интеллектуального развития, связанные с изменением функционального состояния центральной нервной системы. К этим симптомам относится замедление психической деятельности, заторможенность, задержка развития головного мозга, в некоторых случаях стойкие поражения с дегенеративными изменениями нервных клеток.

Таким образом, проблема интеллектуального и речевого развития детей с врожденным гипотиреозом

имеет большую медицинскую, психолого-педагогическую и социальную значимость. Очень перспективным направлением является разработка ранней комплексной диагностики отклонений интеллектуального и речевого развития, а также поиск путей комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации и профилактики этих нарушений. Промедление с назначением лечения и дальнейшей психологической и педагогической реабилитации ведет к неблагоприятному прогнозу (М.А. Жуковский, Р.М. Алексеева, Л.Н. Щербачева, Н.А. Филимонова, О.Б. Безлепкина, О.А. Чиклаева, Э.И. Ефремова).

Литература:

1. Винарская Е.Н., Богомазов Г.М. Возрастная фонетика. - М., 2005.
2. Винарская Е.Н. Дизартрия. - М., 2005.
3. Гусарук Л.Р., Голубцов В.И. Особенности психоэмоционального статуса детей с врожденным гипотиреозом в зависимости от уровня интеллектуального развития//Кубан. науч. мед. вестн. – 2009. - № 9.
4. Карксон Л., Окерман М. Ребенок от нуля до двух. — М., 1993.
5. Дривотинов Б.В., Клебанов М.З. Поражение нервной системы при эндокринных болезнях. Минск. - 1989.
6. Белякова Л.И., Романчук И.Э. Особенности интонационной стороны речи учащихся школ для детей с тяжелыми нарушениями речи//Проблемы воспитания и обучения при аномальном развитии речи. — М., 1989.

РЕЗЮМЕ

НАРУШЕНИЯ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Г.М. Султанова, Е.Е. Шевцова, С.В. Волкова

В настоящее время недостаточно представлена методическая литература, посвященная вопросам логопедической и психолого-педагогической работы с детьми с врожденным гипотиреозом, направленная на преодоление просодических нарушений.

SUMMARY

BREACH PROSODIC ASPECTS OF SPEECH IN CHILDREN WITH CONGENITAL HYPOTHYROIDISM

Sultanov G.M., Shevtsova E.E., Volkov S.V.

Currently underrepresented methodical literature on speech therapy and psycho-pedagogical work with children with congenital hypothyroidism, aimed at overcoming prosodic violations.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП.

Сундетова Р.А., Жумадуллаева К.К., Жангозиева Э.У.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Ключевые слова: железодефицитная анемия, реабилитация.

Актуальность. Железодефицитная анемия (далее - ЖДА) и дефицит фолиевой кислоты выявлен у 45% женщин, 47% детей, 26% мужчин. По данным Всемирной организации здравоохранения и ЮНИСЕФ более 6 млн. населения Казахстана, особенно дети, страдают от дефицита минеральных веществ и витаминов. У каждого второго ребенка в Казахстане в возрасте от 6 месяцев до 2 лет нарушается развитие. У 5% детей снижена школьная успеваемость. По достижении 20 лет многие из них не смогут реализовать свои интеллектуальные и физические способности [1].

В детской популяции распространенность дефицита железа составляет от 17,5% у школьников до 40–50% у детей раннего возраста. Уменьшение количества железа в организме (в тканевых депо, в сыворотке крови и костном мозге) приводит к нарушению образования гемоглобина и снижению темпов его синтеза, к накоплению свободного протопорфирина в эритроцитах, к развитию гипохромной анемии и трофическим расстройствам в органах и тканях [2].

ЖДА – это полиэтиологическое заболевание, являющееся результатом снижения общего количества железа в организме и характеризующееся прогрессирующим микроцитозом и гипохромией эритроцитов.

В клинической картине железодефицитной анемии выделяют 2 основных синдрома: анемический и сидеропенический. Последствия железодефицита крайне неприятны, так как любой недостаток железа в организме нарушает снабжение клеток кислородом, развивается железодефицитная анемия, снижается иммунитет и, как следствие этого, увеличивается риск инфекционных заболеваний [3,6].

При длительном существовании железодефицитной анемии или при быстром ее прогрессировании развиваются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардия, приглушенность тонов, анемический систолический шум, тенденция к гипотонии, реже – одышка, гипоксические и дистрофические изменения на ЭКГ, повышение ударного и минутного объемов сердца), нарастают астеноневротические нарушения. Клинические признаки латентного дефицита железа обусловлены снижением активности железосодержащих ферментов и проявляются сидеропеническим синдромом. Клиническая картина сидеропенических состояний зависит от степени, стадии развития дефицита железа и его продолжительности. Сидеропенический синдром включает прежде всего трофические нарушения кожи, ногтей, волос, слизистых оболочек, извращение вкуса (pica chlorotica) и обоняния, а также астеновегетативные

нарушения, нарушение процессов кишечного всасывания, явления дисфагии и диспептические изменения, снижение активности факторов местного иммунитета (повышенная заболеваемость острыми кишечными и респираторными инфекциями) [1,3].

Существует группа гипохромных анемий, при которых содержание железа в организме и его запасы в депо находятся в пределах нормы или даже повышены, однако включение железа в молекулу гемоглобина (в силу различных причин) нарушено, в связи с чем железо не используется для синтеза гема. Такие анемии обозначаются, как сидероахрестические («ахрезия» – неиспользование). Их удельный вес в структуре гипохромных анемий невелик. Тем не менее верификация сидероахрестической («железонасыщенной») анемии и ее дифференциальная диагностика с ЖДА имеют важное практическое значение [2,4].

Материалы и методы исследования: взяты ретроспективные данные в возрасте с 1 года до 18 лет за 6 месяцев 2013 и 2014 года. Среди пациентов с ДЦП переболели за 6 месяцев 2013г. - 1641 детей, из них анемией переболели - 248 детей (15%), а в 2014 году среди пациентов с ДЦП переболели - 1519 детей, из них анемией – 223 детей (13%).

Часто встречаются пациенты с анемией легкой степени - 87%, средней степени - 12%, а тяжелой степени - 1%. В основном в Центре лечение получают дети с легкой и средней степенью тяжести, а при тяжелой степени анемии дети сразу после выявления направляются в специализированные отделения детских больниц. При ЖДА легкой и средней степени часто отмечались следующие проявления:

1. Астено-невротический синдром наблюдался у 65 детей (14%) - раздражительность, возбудимость, эмоциональная неустойчивость, утомляемость, апатия.

2. Эпителиальный синдром у 56 детей (12%) - бледность кожных покровов и ушных раковин, пигментация, сухость кожи, дистрофия ногтей, изменение вкуса.

3. Мышечный синдром у 24 детей (5%) - задержка физического развития.

4. Сердечно-сосудистый синдром у 73 детей (16%), которые склонны к гипотонии, появляется у них функциональный шум.

5. Синдром иммунодефицитной системы встречались у 237 (53%) детей, которые больше всего отмечаются у часто и длительно болеющих детей (частые ОРЗ, фарингиты, трахеиты, бронхиты).

Среди гипохромных анемий железонасыщенные анемии встречаются у 10% детей, при которых содержание железа в организме и его запасы в депо находятся в пределах нормы или даже несколько

повышены. Такие дети не получали препарата железа и в дальнейшем нуждались в дообследовании у гематолога по месту жительства.

Часто у детей с ЖДА происходит задержка роста и умственного развития, повышается утомляемость и снижается успеваемость, дети постарше жалуются на постоянную усталость, происходят нежелательные изменения в тканях и органах. У школьников значительно снижается способность к концентрации внимания, они быстро утомляются, у них снижается индекс интеллектуальности.

Результаты и обсуждения. В раннем возрасте основными причинами сидеропении являются повышенная потребность активно растущего организма в железе, сочетающаяся с истощением антенатальных запасов микроэлемента и недостаточным его поступлением с продуктами питания. Как известно, к моменту удвоения массы тела ребенка (5-6 месяцев) антенатальные запасы железа в его организме истощаются. С этого периода организм ребенка становится абсолютно зависимым от количества элемента, поступающего с пищей. Однако следует отметить, что рацион питания детей раннего возраста не всегда способен удовлетворить потребности ребенка в данном микроэlemente, особенно в условиях домашнего приготовления продуктов прикорма. В 5-12 лет увеличивается значимость потерь железа. Это происходит в случае глистной инвазии (анкилостома, некатор, власоглав), лямблиоза, эрозивного или язвенного процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке, при геморрое, трещинах прямой кишки, кровавистой диарее, гастроинтестинальной форме пищевой аллергии, сосудистых аномалиях желудочно-кишечного тракта, частых носовых кровотечениях, травмах, хирургических вмешательствах, обильных менструациях [5].

При выявлении причины развития ЖДА основное лечение должно быть направлено на ее устранение (оперативное лечение опухоли желудка, кишечника, лечение энтерита, коррекция алиментарной недостаточности и др.). С целью эффективности лечения анемии необходимо своевременно установить причину ЖДА и, по возможности, ликвидировать ее, т.е. откорректировать питание ребенка. При медикаментозном лечении ЖДА эффективны только препараты железа. При правильной постановке диагноза, ответ на терапию препаратами железа развивается достаточно быстро. Контрольный анализ крови на 7-10 день терапии демонстрирует повышение уровня ретикулоцитов и гемоглобина. Достоверный прирост уровня гемоглобина наблюдается к концу 1 месяца терапии и составляет 10 г/л. В дальнейшем темпы повышение уровня гемоглобина замедляются через 1-2 месяца от начала терапии, отмечается исчезновение симптомов заболевания.

Профилактика. Для предупреждения анемии и для правильного развития дети должны получать разнообразное питание с достаточным содержанием полноценных белков, витаминов и минеральных веществ, необходимых для нормального кроветворения. Полноценные белки содержатся главным образом в

мясе, твороге, печени, яйцах, рыбе, сыре, бобовых. В продуктах животного происхождения (печени, мясе, рыбе, икре) содержится витамин В12, принимающий активное участие в процессе кроветворения. Также важным фактором в профилактике анемии является достаточное использование в питании детей свежих продуктов и овощей, ягод, овощных и фруктовых соков, супов, пюре из овощей и фруктов, содержащих много железа и витаминов - яблок, моркови и др. Важно не только помнить об этих продуктах, но и соблюдать правила их кулинарной обработки, для полноценного сохранения важных для организма веществ. Не менее важно правильное чередование сна и бодрствования, достаточное пребывание на свежем воздухе, закаливание, массаж и гимнастика. Прогноз при дефицитных анемиях в большинстве случаев благоприятный.

Выводы. Таким образом, с целью эффективности лечения анемии необходимо своевременно установить причину ЖДА и, по возможности, ликвидировать ее, т.е. откорректировать питание ребенка. При правильной постановке диагноза, ответ на терапию препаратами железа развивается достаточно быстро. Достоверный прирост уровня гемоглобина наблюдается к концу 1 месяца терапии и составляет 10 г/л. В дальнейшем темпы повышение уровня гемоглобина замедляются через 1-2 месяца от начала терапии, отмечается исчезновение симптомов заболевания. Рациональная диетотерапия при ЖДА - важнейшее условие выздоровления малыша, без которого успех лечение анемии не возможен даже при использовании различных медикаментозных препаратов.

Литература:

1. Анастасевич Л.А., Малкоч А.В. Железодефицитная анемия у детей грудного и раннего возраста //Лечащий врач. — 2006. — № 7.
2. Александрова В.А. Здоровье вашего ребенка: Справочник, 2003, 768с.
3. Шабалов Н.П. Педиатрия, СПб.: Питер, 2003г.
4. Папаян А.В., Жукова Л.Ю. Анемии у детей: руководство для врачей. СПб.: Питер, 2001, 382 с.
5. Румянцев А. Г., Моршакоева Е. Ф., Павлов А. Д. Эритропоэтин в диагностике, профилактике и лечении анемий. - М., -2003. 568 с.
6. Ohls R. K. The use of erythropoetin in neonatoles// Clin Perinatol. -2000; 20 (3): 681-696.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП.

Сундетова Р.А., Жумадуллаева К.К., Жангозиева Э.У.

В статье взяты ретроспективные данные среди пациентов с ДЦП переболевшие за 6 месяцев 2013 году анемией - 248 детей (15%), а в 2014 году анемией – 223 детей (13%). В основном в Центре лечение получают дети с легкой и средней степенью тяжести. При правильной постановке диагноза, ответ на терапию препаратами железа развивается достаточно быстро. В дальнейшем темпы повышение уровня гемоглобина замедляются через 1-2 месяц от начала терапии, отмечается исчезновение симптомов заболевания.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ПАРАЛИЧПЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДАҒЫ ТЕМІРЖЕТИСПЕУШІЛІК АНЕМИЯНЫҢ ӨТУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Сундетова Р.А., Жумадуллаева К.К., Жангозиева Э.У.

Мақалада ретроспективті деректер пациентер арасындағы церебральды параличпен ауыратын балалардың 2013 жылдың 6 ай ішінде теміржетіспеушілік анемиямен - 248 балалар (15%), ал 2014 жылы теміржетіспеушілік анемиямен - 223 балалар (13%) ем алды. Орталықта теміржетіспеушілік анемияның жеңіл және орта дәрежесіндегі балалар емделді. Дұрыс қойылған диагноздан кейін темір препаратымен емделу нәтижесі жоғары болды. 1-2 ай арасында қарқындық гемоглобиннің көтермеу деңгейі бәсенделіп, ауру симптомдары азайтылды.

SUMMARY

COURSE IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY.

Sundetova R.A., Zhumadullaeva K.K., Zhangozieva E.W.

The article taken retrospective data of patients with cerebral palsy had been ill for 6 months 2013godu anemia - 248 children (15%), and anemia in 2014 - 223 children (13%). Basically, the Center for treatment received by children with mild to moderate severity. With proper diagnosis, response to iron therapy is developing quite quickly. In the future, the rate of increase in hemoglobin is slowing after 1-2 month of therapy, there is the disappearance of symptoms.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.

Сундетова Р.А., Нургали С.А., Шокабалинова С.Ж.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана.

Ключевые слова: дети, заболеваемость, иммунитет.

В цивилизованном обществе вопрос здоровья человека является высшей ценностью, важнейшим достоянием государства, бесспорным национальным приоритетом и залогом развития будущего нации и государства. Сегодня, в тяжелый период кардинального переустройства общества, сложилась ситуация социальной неустроенности и материальной необеспеченности значительной части населения; ухудшение питания, стрессовые ситуации, неустойчивости семьи, несовершенством системы охраны материнства и детства, алкоголизацией общества, стремительным ростом наркомании, экологическим неблагополучием, а также дефицитом времени и внимания к процессу развития и воспитания ребенка со стороны родителей, дефицитом милосердия и помощи со стороны государства, привело к явно выраженному кризису детства. Этот кризис губительно сказывается на больных детях, число которых, неуклонно возрастает.

В национальном докладе о здоровье населения России отмечено, что число абсолютно здоровых детей снизилось до 10%; часто и длительно болеющие дети составляют 70–75%, а 15–20% детей имеют хронические заболевания. Самой большой группой, требующей систематических лечебно-педагогических реабилитационных мероприятий, являются часто болеющие дети [1,4].

Частые ОРЗ – не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения; они характерны также для больных хроническим тонзиллитом, рецидивирующим бронхитом, бронхиальной астмой, которые часто выявляются при обследовании. На частые ОРЗ жалуются родители с тревожно-мнительной установкой, что обосновывает целесообразность проведения реабилитационных мероприятий не только ребенку, но и его матери (XVI Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 2006г.).

Среди ЧБД есть дети с тесными контактами (первые 2 года в ДДУ и с высокой восприимчивостью к ОРВИ) и вторая группа – эти дети – аллергики с характерным повышением продукции IgE - антител. Под «маской» респираторных симптомов ЧБД в 79% случаев протекает не диагностированная пищевая аллергия. Рекомендуется всем ЧБД проведение специфической аллергологической диагностики, в первую очередь с целью исключения пищевой аллергии. Проведение элиминационной диетотерапии, приводит к стабилизации патологического процесса (XVI Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 2006г.) [2].

Установлено, что частая заболеваемость у детей тесно связана с недостаточностью неспецифических факторов защиты и измененной иммунобиологической

реактивностью, свойственной детскому возрасту. В то же время известно, что при любой критерии частой заболеваемости удельный вес часто болеющих детей с возрастом снижается.

В связи с тем, что термин часто болеющие дети не является нозологической формой заболевания, каждому часто болеющему ребенку проводится клиническое и иммунологическое обследование для уточнения причин частых ОРЗ. С этой целью детально выясняется генеалогический анамнез, особенности течения беременности и родов у матери, аллергоанамнез. Каждый ребенок осматривается педиатром, стоматологом, ЛОР врачом, врачом ЛФК, по показаниям — окулистом, невропатологом, аллергологом и другими узкими специалистами. По результатам ежегодного углубленного осмотра выносятся заключение о состоянии здоровья каждого ребенка с уточнением всех «фоновых» состояний, которые приводят к различным транзиторным дефектам иммунной системы, что определяет большую подверженность детей к ОРЗ. Проведенные исследования свидетельствуют, что причинные факторы частых ОРЗ неоднородны, но все они свидетельствуют о снижении иммунологической реактивности организма.

Ключевые слова: дети, заболеваемость, иммунитет.

В цивилизованном обществе вопрос здоровья человека является высшей ценностью, важнейшим достоянием государства, бесспорным национальным приоритетом и залогом развития будущего нации и государства. Сегодня, в тяжелый период кардинального переустройства общества, сложилась ситуация социальной неустроенности и материальной необеспеченности значительной части населения; ухудшение питания, стрессовые ситуации, неустойчивости семьи, несовершенством системы охраны материнства и детства, алкоголизацией общества, стремительным ростом наркомании, экологическим неблагополучием, а также дефицитом времени и внимания к процессу развития и воспитания ребенка со стороны родителей, дефицитом милосердия и помощи со стороны государства, привело к явно выраженному кризису детства. Этот кризис губительно сказывается на больных детях, число которых, неуклонно возрастает.

В национальном докладе о здоровье населения России отмечено, что число абсолютно здоровых детей снизилось до 10%; часто и длительно болеющие дети составляют 70–75%, а 15–20% детей имеют хронические заболевания. Самой большой группой, требующей систематических лечебно-педагогических реабилитационных мероприятий, являются часто болеющие дети [1,4].

Частые ОРЗ – не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения;

они характерны также для больных хроническим тонзиллитом, рецидивирующим бронхитом, бронхиальной астмой, которые часто выявляются при обследовании. На частые ОРЗ жалуются родители с тревожно-мнительной установкой, что обосновывает целесообразность проведения реабилитационных мероприятий не только ребенку, но и его матери (XVI Национальный конгресс по болезням органам дыхания, 2006г.).

Среди ЧБД есть дети с тесными контактами (первые 2 года в ДДУ и с высокой восприимчивостью к ОРВИ) и вторая группа – эти дети – аллергики с характерным повышением продукции IgE - антител. Под «маской» респираторных симптомов ЧБД в 79% случаев протекает не диагностированная пищевая аллергия. Рекомендуются всем ЧБД проведение специфической аллергологической диагностики, в первую очередь с целью исключения пищевой аллергии. Проведение элиминационной диетотерапии, приводит к стабилизации патологического процесса (XVI Национальный конгресс по болезням органам дыхания, 2006г.) [2].

Установлено, что частая заболеваемость у детей тесно связана с недостаточностью неспецифических факторов защиты и измененной иммунобиологической реактивностью, свойственной детскому возрасту. В то же время известно, что при любой критерии частой заболеваемости удельный вес часто болеющих детей с возрастом снижается.

В связи с тем, что термин часто болеющие дети не является нозологической формой заболевания, каждому часто болеющему ребенку проводится клиническое и иммунологическое обследование для уточнения причин частых ОРЗ. С этой целью детально выясняется генеалогический анамнез, особенности течения беременности и родов у матери, аллергоанамнез. Каждый ребенок осматривается педиатром, стоматологом, ЛОР врачом, врачом ЛФК, по показаниям — окулистом, невропатологом, аллергологом и другими узкими специалистами. По результатам ежегодного углубленного осмотра выносятся заключения о состоянии здоровья каждого ребенка с уточнением всех «фоновых» состояний, которые приводят к различным транзиторным дефектам иммунной системы, что определяет большую подверженность детей к ОРЗ. Проведенные исследования свидетельствуют, что причинные факторы частых ОРЗ неоднородны, но все они свидетельствуют о снижении иммунологической реактивности организма.

Отсутствие своевременных реабилитационных мероприятий у данной группы детей приводит к тому, что уже в старшем дошкольном 4-7 летнем возрасте у 52–63,2%, из них формируются хронические заболевания, среди которых ведущее место занимает патология ЛОР органов и бронхолегочной системы, аллергически измененной реактивности организма, поражения зубов кариесом, заболеваний нервной системы, различной патологии внутренних органов, сочетанной патологии, дисбактериоза кишечника, повышенной обсемененности слизистой носоглотки патогенным стафилококком [3].

Рецидивирование заболеваний у ЧБД протекает на фоне нарушений в системе иммунитета. В клинически спокойный период у них наблюдается гиперпродукция иммуноглобулинов М и G классов в сыворотке крови и недостаточность факторов местного иммунитета носоглотки (IgA, IgM, IgG, SIgA, специфических антител, лизоцима), которая является входными воротами для респираторной инфекции.

Выявленная зависимость иммунологических нарушений от преморбидного статуса часто болеющих детей диктует первоочередную его коррекцию.

В раннем и дошкольном возрасте подверженность рецидивирующим респираторным инфекциям часто сочетается с различными отклонениями в поведении, нервно-психическом и речевом развитии. В связи с этим реабилитация часто болеющих детей должна быть обязательно комплексной и включать не только медицинские, но и психолого-педагогические и логопедические методы воздействия.

Физическая реабилитация – ускорение выздоровления и нормализация нарушений физиологических функций – направлена на постепенный переход к обычному режиму, к оптимальной двигательной активности. У подростков с хронической патологией и бронхиальной астмой большую роль играет детренированность в связи с гипокинезией – освобождением от физических нагрузок дома и в школе. Лечебная физкультура ускоряет выздоровление и переход к обычным нагрузкам.

Социальная реабилитация и адаптация детей с хроническими заболеваниями – система мероприятий, способствующих полноценной жизни ребенка в обществе. Важна и адаптация к учебной нагрузке, которая и у здоровых детей может привести к утомлению. Пропуски уроков из-за болезни требуют дополнительного времени и усилий для наверстывания упущенного. В связи с этим очень важна организация обучения по школьной программе в отделениях и санаториях для хронических больных, снижение учебной нагрузки и сокращение учебного дня в первые месяцы занятий после болезни. Важна и психологическая поддержка хронически больных подростков, у которых нередко отмечается замкнутость, негативное отношение к учебной ситуации, обусловленное неуверенностью в своих силах, чувство неполноценности, искаженная самооценка. Эти больные предпочитают одиночество, имеют мало друзей. Все это требует индивидуального подхода к ребенку и его проблемам.

Мероприятия направленные на оздоровление ЧБД, должны учитывать все многообразие причин, способствующих повторным заболеваниям. Реабилитация ЧБД рекомендована на всех этапах: в семье; в организованном детском коллективе; в поликлинике; в санатории. Обязательно должна включать группы мероприятий, направленных на укрепление здоровья по индивидуальным программам: предупреждение заболеваний; иммунореабилитацию; адекватную терапию основного заболевания; восстановительное лечение в период реконвалесценции [3].

Основополагающими принципами оздоровления должны быть: индивидуальность (учитывая особенности нарушений состояния здоровья каждого конкретного ребенка); комплексность; этапность; преемственность; постоянность (круглый год), так как «сезонности» заболеваемости ЧБД нет.

В связи с тем, что у ЧБД часто наблюдаются функциональные нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы, необходимо исключить занятия и игры, приводящие к переутомлению и перевозбуждению. Ограничить просмотр телепередач и компьютерные игры до 40-60 мин в день. Целесообразно увеличить продолжительность сна на 1-1,5 часа. Обязательным является дневной сон или отдых. При нарушениях сна, астеноневротических расстройствах показаны спокойные прогулки перед сном.

Одним из основных факторов оздоровления является адекватная двигательная активность, способствующая лучшему физическому развитию. Ребенок 2 года жизни должен активно двигаться 70% времени бодрствования, ребенок 3-го года жизни - не менее 60 %.

Одной из причин, способствующих высокой респираторной заболеваемости, является дисфункция и/или незрелость и детренированность системы терморегуляции с пониженной устойчивостью к изменяющимся климатическим и гелиографическим факторам. В связи с этим большую значимость приобретает закаливание, снижающее уровень заболеваемости. Физиологические системы организма дошкольников имеют небольшие резервы, что важно учитывать при дозировке интенсивности закаливающих процедур. Срыв адаптации опасен для ребенка, т.к. может проявиться ухудшением состояния здоровья и самочувствия ребенка, отрицательным отношением к физическому воспитанию. Чтобы не допустить срыва адаптации, необходимо: осуществлять закаливание при полном здоровье детей; увеличивать постепенно интенсивность закаливающих процедур; соблюдать систематичность и последовательность при проведении закаливающих процедур, которые только тогда будут эффективными.

Недопустимо проведение закаливания при наличии у ребенка отрицательных эмоциональных реакций (страха, плача, беспокойства). Это может приводить к невротическим расстройствам.

Закаливающие мероприятия требуют специального обучения (медицинского персонала, педагогов, родителей и ребенка) и знание, например таких, как биологически активные точки стопы и других. Эффективность данного метода заключается в воздействии на биологически активные точки стоп посредством хождения по полу, массажным коврикам, гальке (насыпанной в ящик) или воде разной температуры и обратной связи с центрами ЦНС (например, терморегуляции), слизистой ВДП, соматических органов и систем [4,5].

Лечебная физкультура (ЛФК) способствует коррекции осанки, улучшению дренажной функции бронхов. Электропроцедуры (УВЧ, СВЧ, диатермия) показаны при синусите, лимфадените.

Методы удаления мокроты (постуральный дренаж и вибрационный массаж) – наиболее мощные методы мобилизации и удаления. Больного (школьный возраст) укладывают так, чтобы обеспечить отток секрета из пораженных участков легких (спускание туловища с кровати вниз с упором руками в пол сразу после просыпания, выполнение стойки на руках у стены). В этих положениях больной должен оставаться 15-20 мин (с перерывами) 2-3 раза в день, периодически откашливаясь.

Вибрационный массаж у старших детей производится энергичным (на грани болезненности) похлопыванием по грудной клетке ладонью, сложенной лодочкой, у младших – кончиками пальцев. Периодически сжимают грудную клетку на выдохе, выдавливая мокроту в крупные бронхи, чередуя с массажем межреберья. При отсутствии кашля его стимулируют нажатием на трахею или раздражением корня языка шпателем (должен показать обученный медицинский работник).

Закаливание после средней степени тяжести ОРВИ можно возобновить (или начать) через 7-10 дней, при заболевании с длительностью температурной реакции более 4 дней – через 2 недели, а после 10 дневной лихорадки – через 3-4 недели. Закаливание должно стать образом жизни ребенка, точнее семейного уклада. Заболеваемость респираторными вирусными инфекциями хорошо закаленных детей в 2-3 раза ниже, чем детей незакаленных. Для массового использования методов закаливания наиболее доступны и удобны регулярные прогулки - 2 раза в день по 1,5-2 часа – независимо от погоды; ежедневные физкультурные занятия на открытом воздухе при легких и средних нагрузках и обливание стоп.

Аэротерапия - метод климатолечения, основанный на воздействии открытого свежего воздуха, который можно применять в любых климатических условиях во все сезоны года. Пребывание на открытом воздухе улучшает окислительные процессы, функциональное состояние центральной и вегетативной системы. Постепенно можно переходить на общее закаливание – контрастный душ. В период эпидемический вспышки детям раннего возраста и с хроническим заболеванием дыхательных путей назначают интерфероны, оксолиновая мазь, оказывающие определенный противовирусный эффект. Среди факторов, предрасполагающих к повторным заболеваниям, основную роль играет снижение иммунологической реактивности. В связи с этим иммунокоррекция занимает важное место в комплексе лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий у часто болеющих детей. Хорошие результаты получены при использовании препаратов, содержащих биологические субстанции (бактериальные лизаты и мембранные фракции бактерий: бронхомунал, ИРС-19). Применение их приводит к активной выработке специфических антител, в том числе и секреторного иммуноглобулина А, стимуляции местного иммунитета. Бронхомунал назначается по 1 капсуле 1 раз в день первые 10 дней каждого месяца в течение трех месяцев. ИРС-19 выпускается в аэрозоле, с профилактической целью распыляется по 1 дозе

препарата в каждую ноздрю 2 раза в день в течение двух недель. Комплексная реабилитация часто болеющих детей с коррекцией сопутствующих иммунных, вегетативных, неврологических нарушений приводит к снижению заболеваемости в 2–4 раза, и способствует хорошей социальной адаптации.

Таким образом, причиной частой ОРЗ у большинства детей следует связывать не только со снижением неспецифической резистентности, но и с высокой интенсивностью контактов в организованных коллективах. Комплексная реабилитация часто болеющих детей с коррекцией сопутствующих иммунных, вегетативных, неврологических нарушений приводит к снижению заболеваемости в 2–4 раза. В то же время известно, что при любой критерии частой заболеваемости удельный вес часто болеющих детей с возрастом снижается.

РЕЗЮМЕ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Сундетова Р.А., Нургали С.А., Шокабалинова С.Ж.

Причиной частой ОРЗ у большинства детей следует связывать не только со снижением неспецифической резистентности, но и с высокой интенсивностью контактов в организованных коллективах. Комплексная реабилитация часто болеющих детей с коррекцией сопутствующих иммунных, вегетативных, неврологических нарушений приводит к снижению заболеваемости в 2–4 раза.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖИІ ЖӘНЕ ҰЗАҚ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ

Сундетова Р.А., Нургали С.А., Шокабалинова С.Ж.

Балалардағы өтетін жедел респираторлы аурулардың себебі тек қана резистенттіліктің төмендеуімен байланысты емес, сонымен қатар ұжымдардағы қарым-қатынастың қарқындылығының жоғары болуына байланысты. Жиі ауыратын балалардың кешенді реабилитациясы вегетативті, иммунды, неврологиялық бұзушылықтың коррекциясы аурудың 2-4 ретке дейін төмендеуіне алып келеді.

SUMMARY

REHABILITATION FREQUENT AND PROLONGED ILL CHILDREN

Sundetova R.A., Nurgali S.A., Shokobalinova S.Zh.

Frequent cause of acute respiratory disease in the majority of children should be associated not only with a reduction of nonspecific resistance, but with a high intensity of contacts in organized groups. Comprehensive rehabilitation of sickly children associated with the correction of immune, autonomic, neurological disorders leads to a decrease in the incidence of 2-4 times.

Литература:

1. Аюпова С.Х. Клиническая педиатрия. Руководство по педиатрии. Алматы, 2008.
2. Сокович О.Г. Болезни органов дыхания как предотвратимая причина потери здоровья у детей и подростков//Вопросы современной педиатрии. – 2009.- № 2.- С.148-149.
3. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день, 2007. Справочник по диагностике и лечению, 5 дополненное издание, Москва, 2007.
4. Таточенко В.К. Иммунопрофилактика. Справочник, Москва, 2007.
5. Шабалов Н.П. Детские болезни 5-е издание, 2004.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП.

Сундетова Р.А., Нургали С.А.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана.

Ключевые слова: ДЦП, соматические заболевания, реабилитация.

Актуальность. Детская инвалидность является актуальной проблемой современного общества. В настоящее время в динамике состояния здоровья детского населения страны наметилось множество неблагоприятных тенденций: повышение частоты врожденных и наследственных заболеваний, прогрессирующий рост хронических форм соматической патологии и, как результат, повышение общего числа детей с ограниченными возможностями. По данным экспертов ВОЗ количество детей в возрасте до 16 лет с ограничением жизненных и социальных функций составляет около 10% населения земного шара, т.е. более 120 млн. [1,2].

В США наиболее частыми причинами инвалидности являются расстройства психики (включая задержку психического развития) и нервной системы, бронхиальная астма, болезни опорно-двигательного аппарата и нарушения слуха и зрения. Причины, формирующие детскую инвалидность, коренным образом отличались от таковых у взрослого населения. Современный уровень развития медицины позволяет сохранить жизнь глубоко недоношенным, травмированным в родах детям и детям с врожденными пороками развития, которые впоследствии и становятся основным контингентом, формирующим детскую инвалидность. По данным многофакторного анализа, ведущими причинами, определяющими инвалидность в детстве, явились тяжесть патологии, характер течения заболевания, отсутствие медицинской реабилитации и ранний возраст возникновения болезни [1,3].

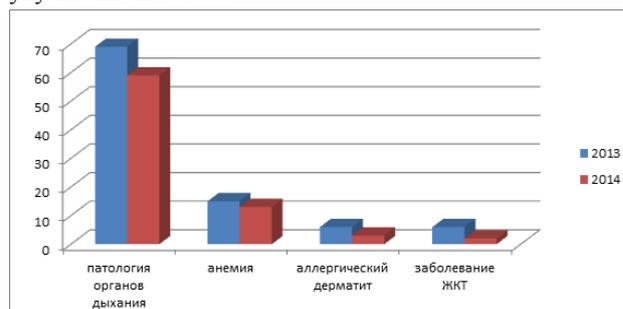
В Российской Федерации показатели распространенности болезней органов кровообращения и костно-мышечной системы также увеличились по сравнению с 2000 годом на 18% и 12% соответственно. Ряд исследователей также отмечают увеличение доли хронической соматической патологии в структуре детской инвалидности [4,5].

Согласно статистике Европейского конгресса кардиологов в Мюнхене (2004г.), смертность от болезней органов кровообращения в Украине в общей структуре составила 62,2% и находилась на первом месте среди стран Европы. Поэтому диагностика и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у детей и подростков — одна из актуальнейших медицинских проблем в педиатрии [1,6].

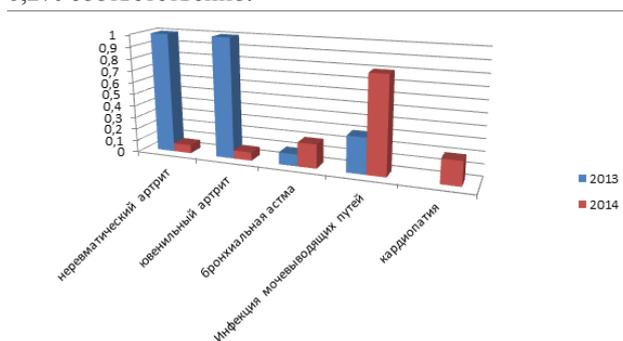
Уровень инвалидности наряду с показателями младенческой смертности, заболеваемости, физического развития и медико-демографическими процессами является базовым индикатором состояния здоровья детского населения, отображая уровень экономического и социального благополучия страны. На протяжении длительного времени проблема детской инвалидности в стране вообще не освещалась,

отсутствовали системы государственного учета детей-инвалидов и единые методики определения причин и факторов инвалидности, что привело к несопоставимости показателей. Хотя известно, что у лиц молодого возраста инвалидность в основном связана с хроническими соматическими заболеваниями, истоки которых, в детском и подростковом возрасте. В структуре смертности и инвалидности у лиц трудоспособного возраста составляют 63% [6].

Материалы и методы исследования: Проведены ретроспективные исследования из реабилитационной карты детей с ДЦП перенесшие соматические заболевания в АО «РДРЦ» за 6 месяцев 2013 и 2014 года. В структуре болезней нервной системы, детский церебральный паралич за 6 месяцев составили в 2013 году – 194 пациентов, из них выписаны с улучшением – 64%, а в 2014 году – 172, из них выписаны с улучшением – 57%.



Большую часть соматических заболеваний больных с ДЦП на первом месте занимает патология органов дыхания, что составляет - 1142 пациентов (69%) за 2013 г., 911 пациентов (59%) за 2014г. Второе место занимает дети с анемией, что составляет 252 пациентов (15%) за 2013г., 205 пациентов (13%) за 2014г. Третье место занимает с заболеваниями органов пищеварения - 104 (6%) за 2013год, у 33 (2%) за 2014г. За 2 года отмечались снижение показателей заболевания органов дыхания на 10%, а повышение показателей болезни мочевыделительной системы на 0,5%. Также наблюдались снижение заболевания желудочно-кишечного тракта на 2 раза у пациентов с детской инвалидностью, но при всем этом отмечается увеличение на 2 раза бронхиальной астмы на 0,1% и 0,2% соответственно.



В 2014 году за 6 месяцев переболели по 4 пациента с поражением сердечно-сосудистой системы (кардиопатией) и ветряной оспой, что составляет по 0,2%, а в 2013 году эти заболевания не отмечались.

Результаты и обсуждения. В структуре причин инвалидности детского населения лидирующие позиции продолжают занимать болезни нервной системы, врожденные аномалии, психические расстройства. Ранняя диагностика и адекватная специализированная помощь данной категории больных позволят значительно снизить уровень ограничения их жизнедеятельности. Ревматические заболевания (ювенильный ревматоидный артрит, остеоартроз), болезни органов пищеварения и дыхания также имеют значительный удельный вес в структуре инвалидности как у детей, так и у лиц молодого трудоспособного возраста.

Высокий уровень заболеваемости и инвалидности среди детей и подростков свидетельствует о необходимости взаимодействия между службами охраны здоровья, социальной защиты, образования, общественными объединениями и семьей.

На современном этапе повышается роль и значимость реабилитации как комплекса медицинских, педагогических, профессиональных и правовых мер, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушений функции детского организма. В настоящее время отсутствует единый концептуальный подход к медико-социальной реабилитации ребенка-инвалида с хронической соматической патологией. Для оптимизации медико-социальной помощи необходимо располагать сведениями об основных компонентах последствий болезни, проявления которых обуславливают проблемы и потребности детей и их семей.

Реабилитация в педиатрии имеет свои особенности в связи со своеобразием развивающегося организма ребенка. Она должна обеспечивать не только восстановление, но и дальнейшее развитие всех органов и систем, предупреждая или существенно сглаживая задержку и дисгармоничность роста и развития.

Необходимо отметить, что профилактика детской инвалидности должна начинаться с охраны здоровья семьи и женщин репродуктивного возраста, так как в большинстве случаев в ее формировании играет роль наследственная, врожденная и перинатальная патология. Также необходимо своевременное восстановительное лечение детей с острой и хронической соматической патологией.

Кроме того, необходимо на всех уровнях (регион — государство) создать центры по реабилитации детей-инвалидов с хронической соматической патологией и семей, в которых они воспитываются.

Важная роль в профилактике прогрессирования заболевания и реабилитации детей-инвалидов принадлежит семье больного ребенка. Семьи, имеющие детей-инвалидов, испытывают сочетанное воздействие отрицательных факторов медико-демографического, психологического и социально-гигиенического характера. По нашим данным, 62,6% семей, имеющих детей-инвалидов, не благополучны

по многим социально-психологическим и материально-бытовым показателям. Выявлена низкая медицинская активность родителей в проведении реабилитационных мероприятий детям-инвалидам с хроническими соматическими заболеваниями. Лишь только 29,3% родителей осознают всю ответственность за восстановление жизнедеятельности ребенка и четко выполняют рекомендации специалистов.

Сотрудниками Центра разработаны дифференцированные реабилитационные программы для детей-инвалидов, мероприятия по профилактике инвалидности у детей с хронической соматической патологией.

Таким образом, в структуре заболевания нервной системы ДЦП составили в 2013 году—194 пациентов, из них с улучшением выписаны - 64%, а в 2014 году—172, с улучшением выписаны - 57%. За два года наблюдались снижение показателей заболевания органов дыхания на 10%, а также снижение заболевания желудочно-кишечного тракта на 2 раза. При всем этом отмечаются повышение показателей болезни мочевого выделительной системы на 0,5% и увеличение заболевания бронхиальной астмы на 0,1% и 0,2% соответственно.

Литературы:

1. Health for all. Date Base. -Copenhagen: WHO Regional Office Europe Update, -2006.
2. Булекбаева Ш.А. Детский церебральный паралич: формы, клиника и реабилитация в поздней резидуальной стадий. Алматы, 2003.
3. Состояние специализированной ревматологической помощи детям и взрослым в РФ. Проект Федеральной программы «Ревматические болезни 2008–2012 гг.»/А.А. Баранов, Е.Л. Насонов, Е.И. Алексеева и др.// Вопросы современной педиатрии. - 2007. № 1. - С. 6-8.
4. Ващенко Л.В. и др. Детская инвалидность и инвалидность с детства как медико-социальная проблема //Здоровье ребенка. -2008.- № 2(11). -С.14-18.
5. Зелинская Д.И. Детская инвалидность как проблема здравоохранения// Здравоохранение Российской Федерации. - 2008. - № 2. - С. 23-25.
6. Толмачева С.Р. Медико-социальные проблемы детей-инвалидов с хронической патологией//Medical practice.- 2007. - № 1(55). -С. 12-15.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП.

Сундетова Р.А., Нурғали С.А.

За два года наблюдались снижение показателей заболевания органов дыхания на 10%, а также снижение заболевания желудочно-кишечного тракта на 2 раза. При всем этом отмечаются повышение показателей болезни мочевыделительной системы на 0,5% и увеличение заболевания бронхиальной астмы на 0,1% и 0,2% соответственно.

ТҮЙІНДЕМЕ

РЕАБИЛИТАЦИЯ КЕЗІНДЕГІ БАЛАЛАРДАҒЫ ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ПАРАЛИЧПЕН СОМАТИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҒЫ ӨТУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.

Сундетова Р.А., Нурғали С.А.

Екі жыл ішінде тыныс алу ағзаларының ауруларының көрсеткіші 10% төменделуі, ал асқазан-ішек жолдары ауруларының 2 ретке төмендеуі байқалады. Ал зәр шығару жүйесі ауруларының көрсеткіші 0,5% көтерілуі және бронх демікпесімен шалдыққандардың 0,1%-дан 0,2%-ға дейін көтерілуі байқалады.

SUMMARY

COURSE SOMATIC DISEASES IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY.

Sundetova R.A., Nurgali S.A.

For two years witnessed a drop in respiratory diseases by 10%, and reduced gastro-intestinal tract by 2 times. With all of this marked increase in indicators of disease of the urinary system by 0.5% and an increase in the disease of asthma by 0,1% and 0,2%, respectively.

ДИЗАРТРИЯНЫ ТҮЗЕТУДЕГІ ЛОГОПЕДИЯЛЫҚ ЖҰМЫСТЫҢ ТҮРЛЕРІ.

Тұрысбекова С.К., Басығарина Ж.

АҚ «Республикалық балаларды оңалту орталығы», Астана қаласы.

Түйінді сөздер: дизартрия, сенсорлық қабілеттерді дамыту және түзету.

Церебралды сал балалардың сөйлеу тіл ерекшелігін білу, БЦСА-да логопедиялық-түзету жұмыстарының жүйесі мен реттілігін анықтайтын негізді тұжырымдауға жағдай туғызады. Церебралды сал балалардың сөйлеу тілінің бұзылуының әр түрлі формалары анықталды. БЦСА-ғы ең жиі кездесетін сөйлеу тіл патологиясы - дизартрия. Дизартрия – дегеніміз сөйлеу мүшелерінің иннервациясының жеткіліксіздігіне байланысты сөйлеу тіліндегі дыбыстардың айтылу кемістіктері. Дизартрияның басты көріністеріне - сөйлеу тіліндегі дыбыстардың бұзылуы, дауыстың пайда болуындағы кемістіктері, сонымен бірге сөйлеу тілінің шапшаңдығындағы, сарынындағы өзгерістер жатады.

Дизартрияны түзетудегі логопедиялық жұмыстың қолданудағы сабақтың мақсаты: оңалтуда жағымды эмоционалды фонды ұйымдастыру; қимыл-қозғалыс функцияларын ынталандыру; сенсорлық процестерді және сенсорлық қабілеттерді дамыту және түзету; сөйлеу тіл функцияларын ояту, дыбыстауға үйрету, еңсар және белсенді сөз қорын толықтыру. Зерттеуде, диагноз қоюда және медико-педагогикалық түзетуде логопед, невропатолог және ЕДШ дәрігері өзара келісіп әрекет жасау қажет. Түзетудің нәтижелі әдіс-тәсілдерін қолдану мақсатында БЦСА-ның сөйлеу тіл және қимыл-қозғалысының бұзылуындағы байланысты, артикуляциялық және жалпы моториканың бұзылуындағы ортақастықты ескеру қажет.

Логопедиялық түзетуде баланың биологиялық жасы емес, сөйлеу тілінің актуальды даму деңгейі алынады. Баланың артикуляциялық моторикасының бұзылуын түзету мен дамытуда, саусақтарының моторикасын қоса дамыту қажет. Бұл сөйлеу тіл аппараты иннервациясының анатомиялық қыртыс зонасының қол бұлшық еттері иннервациясымен (әсіресе білезік пен бас бармақ) жақындастығы. БЦСА да артикуляциялық моториканың бұзылу деңгейін, қол функцияларының бұзылу деңгейімен өзара байланыстырады.

Логопедиялық түзету жұмыстарының түрлері мен формалары (жеке, шағын топ) үйлесімді болу керек. Дыбыс айтудың ерекше бұзылуы: дизартрия сөйлеу тіл жүйесінің басқа компоненттерінің кемістігімен қатарласып келеді: фонетиканың бұзылуымен; фонетико-фонематикалық кемістікпен; жалпы тіл кемістігімен; сөйлеу тілінің дизартриялық бұзылу дәрежесі нерв жүйесінің қаншалықты ауыр зақымдануына байланысты.

Материал және зерттеу әдістері: «Қадам» психоневрология бөлімінде 2014 жыл бойынша 7 айдың көлемінде 3 жастан 5 жасқа дейінгі 123 бала дизартрияға шалдыққан. Ол церебралды сал балалардың 85% пайызын құрайды. «Қадам» бөлімінде клиникалық, психологиялық және логопедиялық тексерудің нәтижесі-дизартриясы бар балалар сөйлеу тілінің, психикасының, қимылдарының бұзылулары жағынан әр алуан екенін көрсетті.

Дизартриясы бар балалар бір-бірімен дыбыстарды

айтуындағы ақаулықтарының, денсаулықтарының, сөйлеу тілінің қозғаушы мүшелерінің ерекшеліктерімен ажыратылады, соған байланысты әртүрлі логопедиялық ықпалды қажет етеді және түзетуде әртүрлі дәрежеде көрінеді.

Нәтижелері және талқылау. «Қадам» психоневрология бөлімінде 2014 жыл бойынша дизартрияға шалдыққан 123 баланың – 17 (14%) - дизартрияның жеңіл түрі; 21 (24%) - анартрия; 38 (31%) - жалған сопақша ми дизартриясы; 27 (22%) - экстрапирамидті дизартрия; 13 (11%) - сопақша ми дизартриясы; 7 (6%) - мишық дизартриясы анықталды.

Сөйлеу тіл терапиясы баланың қимыл-қозғалысын дамытуға бағытталған емдік шаралармен тығыз байланысты. Біздің орталықталоопедиялықжұмыстың медициналық шаралармен (медикаментоздық және физиотерапевтік, ЕДШ және т.б.) бірлесуі медико-педагогикалық блок мамандарының кешенді әсер етуінде маңызды роль атқарады.

«Қадам» бөлімінде логопед церебралды сал баланың сөйлеу тілін түзетуде, ең алдымен баланың клиникалық диагнозына және логопедтің қорытындысына негізделе отырып, невропатологпен бірге логопедиялық-түзету жұмыстарының тактикасын, жұмыстың негізгі бағыттары мен формасын анықтап, баланың диагнозына байланысты тыйымдарды және сабақтың мөлшерін бекітеді. Әр балаға логопедиялық-түзету жұмыстарының нақты міндеттері енгізілген жеке дамыту бағдарламасы құрастырылады.

Қазіргі уақытта логопедияда дизартрияны түзетуде, әсіресе сал болып қалған артикуляциялық аппараттың бұлшық еттері мен бұлшық еттерін уқалаумен және дәстүрлі емес әдіс-тәсілдерімен әсер етудің маңызы зор болып отыр.

Логопедиялық уқалау – емдеу-сауықтыру мен түзету-дамыту шараларының бір бөлігі. Сөйлеу тілінде ауыр бұзылыстары бар балаларға педагогикалық-коррекциялық әсер ету барысында қолданылатын әдіс-тәсілдердің бірі.

Уқалау, сөйлеу тілінде мынадай бұзылыстар анықталған жағдайда – дизартрия, ринолалия, тұтығу және дауысы бұзылғанда жүргізіледі. Жалпы түзету педагогикасында бұлшық еттер тонусы бұзылған барлық жағдайда қолданылады.

Артикуляциялық бұзылыстарды жоюда логопедиялық уқалау енжар, енжар-белсенді және белсенді артикуляциялық жаттығулармен бірге жүргізіледі. Сөйлеу тынысын, дауысты қалыптастыруда, эмоционалдық жағдайды жақсартуда дәстүрлі логопедиялық жаттығулар мен босансыту (релаксация) жаттығуларында қолданылады. Логопед уқалаудың кейбір элементтерін баланың ата-анасына үйретуіне болады.

Логопедиялық уқалаудың ерекше бір түрі - құралдармен (шпательдер, тіс щеткасы, сүт тістерді күтуге арналған құралдар) және арнайы логопедиялық зондтармен уқалау. Зондтармен уқалаудың негізгі мақсаты - сөйлеу тіл моторикасын қалыптандыру.

Баланың тіл мүкістігі мен психикалық және соматикалық дамуын түзетуде жүйелі кешенді көмек көрсету –көкейкесті мәселе болып табылады. Осындай

патологиядағы проблемаларды шешуде дәстүрлі әдіс-тәсілдер мен дәстүрлі емес әдіс-тәсілдерді бірге қолдану – едәуір нәтиже береді. Түзете-дамыта білім беру үрдісінде дәстүрлі емес әдіс-тәсілдерді кешенді қолдану - баланың есте сақтау қабілеті мен зейінін жақсартып, еңбекке қабілеттілігін арттырады, нерв жүйесінің жағдайын қалыптандырады, күйзелісті жояды, шаршағанын басады, коммуникативтік функциясын жақсартады, ал жалпы ағзаның соматикалық жағдайын қалыптандырады.

Сонымен қатар логопедиялық тәжірибеде иістерді (ароматерапия), түстерді (хромотерапия), әуенді, дыбысты (музыкатерапия) дұрыс қолдану баланың дамуында үлкен нәтиже береді. Ертегі терапиясы мен қуыршақ терапиясы баланың қиялын, коммуникативтік функцияларын дамытып, қорқынышын, күйзелісін, ашуын жояды, баланың шығармашылық қабілетін дамытады.



Дизартрияны түзетуде дәстүрлі емес әдіс-тәсілдердің бірі-биологиялық белсенді нүктелерді уқалау (ББН). ББН-ді тереңдеп оқығанда нүктеге әсер ету нерв жүйесін ынталандырады

немесе тыныштандырады.

ББН-ге әсер ету арқылы гипертонусты босансытуға, сал болып қалған бұлшық еттердің функциясын ынталандыруға, вегетативтік және трофикалық бұзылуды төмендетуге, баланың жалпы жағдайын жақсартуға, сөйлеу тіл орталығының шамадан тыс қозуын төмендетуге және сөйлеу тілінің нервтік регуляциясының бұзылуын қалыпқа келтіруде үлкен үлес қосады.

Соңғы жылдары артикуляциялық аппарат бұлшық еттер тонусын қалыптастыру мен саливацияны азайтуда бөлімде жаңа технологиялардың бірі – жасанды ошақталған контрастотермия әдісін қолданып келеміз.

Жасанды ошақталған контрастотермия (ЖОК) - төменгі температура мен жоғарғы температурадағы агенттердің контрастық (қарама-қарсы) әсері. Төменгі температурадағы агенттер ретінде мұз қиыршықтары, суық су, мұз текшелері, ал жоғарғы температурадағы агентке – ыстық су, емдік шөптердің ыстық тұнбасы, ыстық суға малынған жүн қолғаптары мен жылу массажерлері немесе қыздырылған қасық қолданылады.

Криоуқалау–қан тамырларының әрекетінің өзгеруіне негізделген - ұсақ артериялардың алғашқы спазмы олардың кеңеюімен алмасады. Яғни әсер еткен жерге қанның ағуы күшейеді. Нәтижесінде тканьдердің (ұлпалардың) қоректенуі жақсартады. Физиологтардың

анықтамасы бойынша адам ағзасына бір реттік процедура шамасында суықпен әсер ету-рефлекторлық әсер етудің мықты разрядының нәтижесі болып 3 және көп сағаттарға жетеді.

Артикуляциялық аппарат бұлшық еттеріне криоуқалау жүргізуде дәкеге оралған мұз қиыршықтарын кезекпен артикуляциялық аппараттың бұлшық еттеріне қояды (ауыз айналасындағы бұлшық еттерге, үлкен жақ бұлшық еттеріне қояды, иектің аймағындағы шұңқырға, тіл, ерін бұлшық еттерінің аймағына) жүргізіледі.

ЖОГ (гипотермия) – тіл бұлшық еттеріне жасағанда дәкемен тілді ұстап тұрып, тілдің тамырына, арқасына, ұшына, бүйіріне әсер етеміз. Ісеанстағы экспозиция (ұзақтығы) 2 мин – 7 мин аралығында (экспозицияны біртіндеп көбейтеміз). Белгілі бір аймаққа бір сәтте мұзбен әсер ету 5-20 секунд. Емдеу курсы 15-20 сеанс, күнделікті жүргізіледі.

Сонымен бірге (гипертермия) – артикуляция бұлшық еттерін жылумен уқалау. Қолданудың әртүрлі тәсілдері бар: тек гипотермия (криоуқалау); тек гипертермия (жылумен уқалау); гипотермия, кейін гипертермия; крио мен жылу аппликацияларын кезекпен қолдану;

Сөйлеу тілі қолдың саусақтарынан миға келетін импульстар арқылы жылдам дамитыны жалпыға белгілі. Сөйлеу тіл қозғалысының анализаторының орталықтағы бөлімінің жұмысын дамытуда, жетілдіруде және сөйлеу тіл кинестезиясын нақтырақ қалыптастыруда, контактометрияны қолдың бұлшық еттеріне қолдануға болады (нақтырақ оң қол білезікке).

Мұзбен ойнау балаларға ұнайды. Алдын ала процедурадан бұрын пластмасс ыдысқа мұз қиыршықтарын салып қоямыз. Бала ыдысқа қолдарын салып, мұз қиыршықтарын ұстап көреді, арасынан алдын ала жасырынған киндер ойыншықтарын немесе кішкене пішіндерді іздеп тауып алады. Егер ЖТК 2-3 деңгейдегі бала болса атауларын айтады, сипаттайды, ал ЖТК 1-деңгейдегі балаға дыбыстауды үйретуге болады. Мысалы: ит- ап-ап, машина- би-би. Немесе қуыршақтың дене мүшелерін көрсету, атау; ал жануар болса қандай жануар екенін, жалпылау сөздерін қолданады. Баланың сөз қорын толықтырамыз, сын есімдерді қолданып, сөйлем құрастыруды үйретеміз.

Белгілі бір мөлшерде баланың саусақтарының нервтік соңғы бөлшектеріне суықпен әсер ету арқылы тері қатпарларын тітіркендіре отырып, біз қолдың, білезіктің, саусақтардың бұлшық ет мускулатурасын жетілдіреміз (ширатамыз). Сонымен қоса оральдық аймақтың сезгіштігін күшейтеміз, оятамыз. Қол саусақтарының нервтеріне ыстық пен суықтың әсері – ынталандырғыш әсер қалдырады. 10 сеанс жүргізіледі, ұзақтығы 5 мин күнара.



Дизартрияда ауыр бұзылыстардың бірі- сілекейдің шамадан тыс ағуы (гиперсаливация). Сілекейдің ағуы логопедтің жұмысын қиындатады. Бұл проблеманы тек артикуляциялық жаттығулармен ғана тоқтату мүмкін емес.

Саусақ моторикасы мен сөйлеу тілінің байланысы

Саусақтардың ұшы - екінші ми. Саусақтардың ұсақ қимыл-қозғалыстарымен байланысты екенін дәлелдеді. Яғни, сөйлеу тіл аймағы саусақтардан келетін импульстардың әсерінен қалыптасады. Ми (оның жоғарғы қыртыс функциялары), қол (саусақтардың ұшы), артикуляциялық аппарат (еріннің, төменгі жақтың, тілдің сөйлеу кезіндегі қимыл-қозғалысы) өзара бір-бірімен тығыз байланысты.

- саусақтардың өзара келіскен қимылдары, баланың «осы қимылдарды пайдалануы – қасықты, ойыншықты, қарындашты ұстауы, түймелеуі, сурет салуы, жапсыруы, илеуі». Саусақтарының ептілігі жоқ балада психомоторлық тежелу болады, алдымен бұл баланың сөйлеу тілінде мәселелер пайда болады. Ал егер ақыл-есі кем баланың ми қыртысы үдерістерінде патологиялық инерттікті ескеретін болсақ, онда ұсақ моториканың даму үдерісі өзекті, көкейкесті болады.

БЦС-да дизартрия балалардың саусақтарының қимыл-қозғалысы шектелген. Аурудың түріне байланысты қолдарының зақымдануы әртүрлі дәрежеде кездеседі. Дегенмен сау балаларға қарағанда БЦС балалардың ұсақ моторикасы әлсіз немесе мүлдем қалыптаспайды. Спастикалық жағдайда алақандары қарысып ашылмайды. Ұсақ моториканы дамытуда саусақ жаттығуларының, қуыршақ театрының (ертегі терапия), Су-джок терапияның маңызы өте зор. Бұл жаттығулар тек ұсақ моториканы дамытып қоймайды, ол баланың сөйлеу белсенділігін ынталандырып, эмоционалдық көңіл-күйін көтереді. Дизартрияны түзетуде музыкатерапияның маңызы зор. Бұлшық еттері босансыған, салбыр сал балаларға қолдануда оң нәтиже береді.

Дизартрияға шалдыққан жалпы тіл кемістігі бар балаларға дыбыстауды үйретуде, сөз қорын толықтыруда компьютерлік музыкатерапияның көмегі өте зор. Баланың қызығушылығы артып, эмоционалдық көңіл-күйі көтеріліп, сөйлеу белсенділігі ынталандырылады.





Сонымен, дизартрияны түзетудегі логопедиялық жұмыстың түрлері –логопедиялық уқалау, белсенді нүктелерді уқалау, сілекейді азайтуда жасанды ошақталған контрастотермияны қолдану, баланы дыбыстауға үйретуде музыка терапияны қолдану осы балалардың сөйлеу тілін түзетуде оң нәтижесін береді.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии. Москва, 2007.
2. Артемова Е.А., Бунина В.С. Логопедическая работа по формированию звукопроизношения у дошкольников со стертой дизартрией. Журнал «Логопедия сегодня» №1 (19), 2008.
3. Блыскина И.В. Комплексный подход к коррекции речевой патологии у детей. Санкт-Петербург, 2010.
4. Бөлекбаева Ш.А. Детский церебральный паралич: формы, клиника и реабилитация в поздней резидуальной стадий. Алматы, 2003.
5. Волкова Л.С. Логопедия. Москва, 2006.
6. Дьякова Е.А. Логопедический массаж. Москва. Асадема, 2005.
7. Ерсарина А.К. Психолого-медико-педагогическое обследование детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Алматы, 2006.
8. Лузанова С.В. История изучения детского церебрального паралича. Журнал «Логопедия сегодня» №2 (20), 2008.
9. Киселева В.А. Диагностика и коррекция стертой формы дизартрии. Москва, 2007.
10. Краузе Е.Н. Логопедические занятия с детьми раннего и младшего возраста. Москва, 2005.
11. Өмірбекова Қ.Қ., Оразаева Г.С. Логопедия. Алматы, 2011.
12. Сологубов Е.Г. Комплексная реабилитация детей с невролого-ортопедической патологией в условиях медицинского стационара. Журнал «Коррекционная педагогика» №3(27), 2008.

ТҮЙІНДЕМЕ

ДИЗАРТРИЯНЫ ТҮЗЕТУДЕГІ ЛОГОПЕДИЯЛЫҚ ЖҰМЫСТЫҢ ТҮРЛЕРІ.

Тұрысбекова С.К., Басыгарина Ж.

Церебралды сал балалардың сөйлеу тілінің бұзылуының әр түрлі формалары бар. БЦСА-ғы ең жиі кездесетін сөйлеу тіл патологиясы- дизартрия. Дизартрияны түзетудегі логопедиялық жұмыстың түрлері –логопедиялық уқалау, белсенді нүктелерді уқалау, сілекейді азайтуда жасанды ошақталған контрастотермияны қолдану, баланы дыбыстауға үйретуде музыка терапияны қолдану осы балалардың сөйлеу тілін түзетуде оң нәтиже береді.

РЕЗЮМЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ
ДИЗАРТРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ

Тұрысбекова С.К., Басыгарина Ж.

Разные формы нарушение речи встречаются при детских церебральных параличах. При ДЦП часто проявляется патология речи - дизартрия. При дизартрии применяются различные виды логопедических работ – логопедический массаж, активные точки массажа, применение искусственной ошаговой контрастотермии уменьшает выделение слюны, а также у этих детей отмечается положительная динамика при использовании музыкотерапии.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF OPERATIONAL SPEECH
THERAPY DIZARTRICHESKIH ABUSE.

Turysbekova S.K., Basygarina Zh.

Various forms of speech disorder encountered in cerebral palsy. When cerebral palsy is often manifested speech pathology - dysarthria. When dysarthria are different types of speech therapy works - logopaedic massage active points massage, application of artificial oshagovoy kontrastotermii reduces the secretion of saliva, and these children have a positive dynamics using music therapy.

ВНЕДРЕНИЕ ЭРГОТЕРАПИИ И КИНЕЗОТЕРАПИИ В ОКАЗАНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДЦП.

Хамадиева А.Ф., Тажибаева Д.Т.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана.

Ключевые слова: реабилитация, ДЦП, мультидисциплинарная команда, эрготерапия, кинезотерапия.

Актуальность. Согласно «Стандарту организации оказания реабилитационной помощи в Республике Казахстан» о необходимости создания мультидисциплинарной команды для оказания качественной и доступной реабилитационной помощи инвалидам, в том числе детям с детским церебральным параличом (ДЦП), число которых продолжает увеличиваться ежегодно.

В состав мультидисциплинарной команды по оказания реабилитационной помощи входит специалист эрготерапевт и кинезотерапевт.

Эрготерапия – это лечение, с латинского «ergon» - лечение трудом, лечение занятием. Кинезотерапия в переводе с греческого языка «кинезис» означает движение, т.е. лечение движением.

Под эрготерапией и кинезотерапией нужно понимать комплекс мер, направленных на восстановление повседневной активности, навыков самообслуживания, максимальной социализации, достижения самостоятельности и независимости пациентов. О «восстановлении» следует говорить в тех случаях, когда пациент уже имел опыт общественной жизни и общественно полезной деятельности. Если же мы говорим о тех случаях, когда инвалидизирующее больного патологическое состояние возникло в раннем детстве, то здесь мы говорим о процессе становления, формирования «абилитации» пациента.

Основоположниками эрготерапии, заложившими в ее основу принципы гуманного отношения к больным, являются знаменитый французский психиатр Ф. Пинель и немецкий врач, физиолог, философ, педагог Ч. Рейл. Благодаря их стараниям в лечении психически больных было внедрено целенаправленное обучение повседневной деятельности.

В конце XIX века и в начале XX века Адольф Мейер и Уильям Дантон, используя элементы декоративно-прикладного искусства в работе специализированных мастерских для инвалидов, пропагандировали эрготерапию в качестве метода психологической и социальной реабилитации больных с умственными и физическими недостатками.

В настоящее время эрготерапия как специальность преподается в университетах и колледжах всех развитых стран, а также в некоторых странах Африки. В Казахстане же это совсем еще молодая, мало кому знакомая наука, но она уже доказала свою эффективность в абилитации и реабилитации пациентов.

Отличительной чертой эрготерапии является ее междисциплинарность. Эрготерапия использует

знания нескольких специальностей – медицины, педагогики, психологии, социальной педагогики, биомеханики, физической терапии.

Цель эрготерапии и кинезотерапии – максимально возможное восстановление способности человека к независимой жизни. Независимо от того, какие у него нарушения или ограничения участия в жизни общества. Улучшение качества жизни пациента со специфическими нуждами, делая его трудности минимальными, а способности максимальными.



Процесс эрготерапии и кинезотерапии включает в себя следующие основные этапы: оценка пациента (определение его основных проблем, определение имеющихся умений и навыков); определение целевых результатов; планирование вмешательства; реализация вмешательства; оценка эффективности.

Прежде, чем начать работу необходимо провести оценку с помощью международных шкал (Фим, Бартела), интервью и наблюдения для определения физических и умственных возможностях, а также для определения уже имеющихся навыков по самообслуживанию.

После проведения оценки совместно с пациентом ставятся цели, направленные на выполнение деятельности, которая важна для пациента. Эти цели должны быть достигнуты пациентом в заданные сроки и согласуются с реабилитационными целями мультидисциплинарной команды. В соответствии с поставленными целями эрготерапевтом планируется и проводится вмешательство, которое направлено на повышение активности пациента, обретение новых навыков пациентом, адаптацию физической окружающей среды (пространства), адаптацию и использование различных реабилитационных средств и приспособлений (оборудования), повышение уровня социализации пациентов.

Кинезотерапевт, ставит перед собой следующие цели: восстановление ограниченного объема движений в суставах, обусловленного спастическим состоянием мышц, нормализация мышечного тонуса, обучение подавлять усиленное проявление патологических синергии, синкинезии, гиперкинезов, предупреждение и активное преодоление патологических установок, вызывающих деформации в суставах, стимуляция общего физического развития ребенка и коррекция его нарушенных двигательных функций, достижение такого уровня развития двигательных навыков при которых у детей появится возможность вести более активный образ жизни с последующей интеграцией в будущее.

Для того, чтобы максимально полно сформировать или восстановить жизненные роли пациента, полностью или частично утраченные после заболевания или травмы, а также вернуть его к привычной жизнедеятельности в обществе, обязательным участником реабилитационного процесса должен являться эрготерапевт и кинезотерапевт.

Эрготерапевту и кинезотерапевту необходимо обладать такими личностными качествами как: способность уважать права и равенство людей, интуиция, способность к творчеству, эмпатия, способность реагировать и анализировать, способность к наблюдению, способность решать, какое лечение должно быть или может быть предложено, исходя из своей компетентности или навыков, способность сознательно участвовать в лечении.

Эрготерапевт и кинезотерапевт - помогает нездоровым, имеющим трудности связанные со здоровьем, а также отстающим либо имеющим особенности в развитии взрослым и детям обрести максимум самостоятельности и повысить качество своей повседневной жизни. Эти специалисты выполняют вместе с пациентом комплексы различных упражнений, вырабатывая оптимальные схемы поведения в любых жизненных ситуациях.

Активность в повседневной жизни включает в себя:

- мероприятия по личной гигиене (уход за волосами, умывание, использование туалета);
- одевание;
- прием пищи;
- соблюдение правил, необходимых для поддержания и сохранения здоровья;
- социализацию;
- функциональную коммуникацию и подвижность;

- возможность быть мобильным в обществе;
- удовлетворение сексуальных потребностей.



Активность в работе и продуктивной деятельности:

- выполнение домашних обязанностей (уход за одеждой, уборка квартиры, приготовление еды, поддержание чистоты и безопасное проживание в квартире);

- заботу о других людях;
- возможность обучаться чему-либо новому;
- исследовательские виды деятельности (выбор специальности, поиск работы, выполнение работы, планирование ухода на пенсию, добровольное участие в чем-либо).

Активность в игре, отдыхе и увлечениях:

- возможность выбора игры, отдыха, увлечений;
- возможность выполнять необходимые действия во время отдыха и игры.

Работа эрготерапевтов направлена на:

- развитие функциональных возможностей пациента;
- коррекцию зрительно – пространственных нарушений, зрительно моторной координации;
- восстановление ежедневной активности (прием пищи, одевание, умывание, туалет, ванна, уход за собой и пр.);
- разработка мелкой моторики рук;
- увеличение объема движений в верхних конечностях;
- подбор специальных, адаптированных приспособлений и оборудования.

Особое внимание уделяется тем двигательным навыкам, которые больше всего необходимы в жизни, для этого во время занятий и особенно дома нужно отрабатывать «функциональные ситуации» — раздевание, одевание, умывание, кормление.

Для внедрения эрготерапии и кинезотерапии в реабилитацию, согласно «Стандарта организации оказания реабилитационной помощи в Республике Казахстан», Республиканский Детский Реабилитационный Центр осуществляет образовательную деятельность по направлению эрго- и кинезотерапии.



Проводятся обучающие мастер – классы по эрготерапии и кинезотерапии в регионах, для дальнейшего развития реабилитации в РК и создания мультидисциплинарной команды, в составе которой обязательно должны быть специалисты по эрготерапии и кинезотерапии.

Таким образом, эрготерапевт и кинезотерапевт помогает нездоровым, имеющим трудности связанные со здоровьем, а также отстающим либо имеющим особенности в развитии взрослым и детям обрести максимум самостоятельности и повысить качество своей повседневной жизни.

Литература:

1. Иванова Г.Е., Цыкунов М.Б., Поляев Б.А., Романовская Е.В. Лечебная физкультура в реабилитации больных с повреждением спинного мозга// Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга/под общ. ред. Ивановой Г.Е. и др. - Москва, 2010. - 560-564 с.
2. Дементьева Н., Яцемирская Р. Трудовая терапия в системе реабилитации больных и инвалидов Москва, 2008. 25-31 с.
3. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия), 2-е изд., стер. — Москва : Гума-нит. изд. центр ВЛАДОС, 2001.- 6 - 7 с.
4. «Стандарт организации оказания реабилитационной помощи в Республике Казахстан».

РЕЗЮМЕ

ВНЕДРЕНИЕ ЭРГОТЕРАПИИ И КИНЕЗОТЕРАПИИ В ОКАЗАНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДЦП.

Хамадиева А.Ф., Тажибаева Д.Т.

В статье говорится о важном направлении эрготерапия и кинезотерапия в реабилитации детей, внедрении в реабилитацию РК согласно «Стандарту организации оказания реабилитационной помощи в Республике Казахстан».

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ ОҒАЛТУ БАҒЫТЫНДА ЦЕРЕБРАЛДЫ ПАРАЛИЧІ БАР БАЛАЛАРҒА ЭРГОТЕРАПИЯ МЕН КИНЕЗОТЕРАПИЯНЫ ЕНГІЗУ.

Хамадиева А.Ф., Тажибаева Д.Т.

Мақалада балаларды оңалтудың маңызды бағыты эрготерапия мен кинезотерапияны және оны Қазақстан Республикасының Оңалту іс-шарасына «ҚР-ның оңалтуды ұйымдастыру стандартына» сәйкес енгізу туралы айтылады.

SUMMARY

IMPLEMENTATION OF ERGOTHERAPY AND KINESITHERAPY IN RENDERING REHABILITATION HELP TO CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY.

Khamadieva A.F., Tazhibaeva D.T.

The article reflect an important direction of the ergotherapy and kinesitherapy in the children's rehabilitation, implementation in the rehabilitation of the RK according to «Standard of organization of rendering the rehabilitation help in the Republic of Kazakhstan «.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ)

Хохлова Н.Ю., Баймуханов Р.М., Королькова Н.Л., Постельняк Е.А.
Карагандинский Государственный Медицинский университет,
г. Караганда.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация

Актуальность. Инсульт занимает 2-е место среди причин смертности 1-е – среди причин первичной инвалидности в России. В России ежегодно регистрируется около 400 – 500 тыс. мозговых инсультов, при этом в первые месяцы погибают около 25% больных, а к концу 1-го года – ещё до 25%. К труду возвращаются не более 15% перенесших инсульт, остальные остаются инвалидами и до конца жизни нуждаются в медико-социальной поддержке, в помощи родных и близких [1,2,3].

Величина экономических потерь, которые государство несёт из-за убыли трудоспособного населения вследствие инсульта и затрат на социальную поддержку инвалидов, в России составляет 16,5 – 22 млрд руб., а в США – 7,5 – 11,2 млн долларов.

Целью нашего исследования явилось выявление клинических особенностей протекания инсультов у пожилых людей.

Материал и методы. За период с 2009 по 2014 годы в клиниках Карагандинского областного медицинского центра и в областном неврологическом отделении и неврологическом отделении МСЧ «Арселор Митталл», нами было пролечено более 2000 пациентов в возрасте свыше 70 лет. Практически у 57% атеросклероз сочетался с артериальной гипертензией (АГ). При этом в развитии острой цереброваскулярной патологии возрастала роль как гипертонических кризов, так и АГ при без кризовом её течении, что наблюдалось в 76% наблюдений.

Значимость соматической патологии в генезе неврологических нарушений не вызывало сомнений и отмечалась в 82% наблюдений, при этом ведущая роль принадлежала кардиологическим заболеваниям.

Результаты и обсуждение. Результаты клинко-доплерографического исследования в 47% случаев свидетельствовали о том, что прогрессирование инсульта было связано со снижением внутримозгового кровотока, ограничением возможностей коллатерального кровообращения на уровне сосудов виллизиевого круга и снижением реактивности мозговых сосудов.

Транзиторные церебральные ишемические атаки происходили более чем в 84,5% у пожилых больных зачастую вне гипертонического криза, а причины подобных атак были крайне разнообразными, хотя в основном укладывались в концепцию возникающих при старении нарушений кровообращения в целом, развития хронической сердечно-сосудистой недостаточности и нарастающего атеросклеротического процесса. Нередко в 27,6 % случаев, под маской транзиторных ишемических атак у пожилых развивался полноценный ишемический инсульт. Так при компьютерной и магнитнорезонансной томографии (387 больных,

перенесших транзиторные ишемические атаки) в 14% наблюдений выявили супратенториальные инфаркты мозга. В пожилом возрасте в наших наблюдениях одну из доминирующих ролей в течении и исходах инсультов играла степень дезорганизованности коагуляционного статуса.

Множественность и повторяемость острых ишемических инсультов определялась нарастанием общей ишемии головного мозга и синдромом обкрадывания. В целом по нашим наблюдениям у больных всех возрастных групп повторные ОНМК встречались не так часто. За последние 3 года, ретроспективного исследования, касающегося 568 больных, госпитализированных в связи с ОНМК развитие повторных инсультов отмечалось лишь в 3,4% случаев. Они возникали через 4-9 суток после первого эпизода ОНМК и характеризовались внезапным началом.

Выводы. В целом можно констатировать, что менее благоприятные функциональные исходы у перенесших инсульт в пожилом и старческом возрасте объясняются наличием нескольких соматических заболеваний в преинсультном периоде (атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, транзиторные ишемические атаки), большей степенью угнетения сознания в момент госпитализации, а также тем обстоятельством, что инсульт у больных старше 70 лет развивается на фоне хронической ишемии, проявляющейся дисмнестическим, псевдобульбарным, пирамидным и экстрапирамидным синдромами той или иной степени выраженности. Такая же закономерность прослеживается в восстановлении высших мозговых функций: у перенесших инсульт в более молодом возрасте лучше восстанавливаются практически все нарушенные функции, а у больных старше 70 лет наблюдается определённая положительная динамика лишь тех психических функций, которые были связаны с очагом поражения; остальные нейropsychологические изменения диффузного характера сохраняются либо регрессируют крайне незначительно.

Литература:

Суслина З.А., Фоякин А.В., Гераскина Л.А. Ишемический инсульт и сердце // Клиническая фармакология и терапия. - 2003. -И5. -С.47-51.

Бурцев Е.М. Дисциркуляторная энцефалопатия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – И1. –С.45-48

Чазов Е.И. Болезни органов кровообращения: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1987, - 832 с.

РЕЗЮМЕ**ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ)**

Хохлова Н.Ю., Баймуханов Р.М., Королькова Н.Л., Постельняк Е.А.

Описываемые в коллективном труде авторов особенности клинического течения различных видов инсульта в пожилом возрасте, важны в ранней диагностике и предотвращении катастрофы мозгового гомеостаза.

SUMMARY**CEREBRAL STROKE IN OLD AGE (CLINICAL FEATURES)**

Khokhlova N.Y., Baimukhanov R.M., Korol'kova N.L., Postelnyak E.A.

Described in the collective work of the authors clinical features of different types of stroke in the elderly, are important in the early diagnosis and prevention of disaster cerebral homeostasis.

АНИМАЦИОННАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Щевцова Е.Е., Золотенкова А.А.

Республиканский реабилитационный детский центр, г. Астана, Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения, г. Москвы.

Ключевые слова: нейрореабилитация, концепция, комплексность, очаговые поражения головного мозга, инсульт, черепно-мозговая травма, анимация, мульттерапия, алалия, афазия, агнозия, апраксия, апрактогнозия.

В комплексной нейрореабилитационной работе с детьми с последствиями органического поражения ЦНС используется сочетание медикаментозной терапии, коррекционного обучения в групповой и индивидуальных формах, логоритмики, основанных на нейропсихологической топической диагностике зоны поражения центральной нервной системы, курсы групповой психологической поддержки и/или индивидуальной коррекции психологического состояния ребенка, комплекс релаксационных методик, включая сенсорное воздействие, музыка- и ароматерапию, водные процедуры -лечебные ванны и кинезиотерпию в бассейне. Особое внимание уделяется курсам массажа и комплексу лечебной физкультуры по восстановлению нарушений движения у ребенка. Используются новейшие разработки с применением специальных костюмов, применяются методики биологической обратной связи, отрабатываются навыки социальной адаптации. Высококвалифицированные специалисты – психологи и логопеды проводят групповые и индивидуальные занятия в интересной игровой форме. Наряду с традиционными методами сотрудниками отделения разработана и внедрена в практику методика анимационной арт-терапии (мульттерапия).

Недостаточное развитие речевых средств и познавательной активности у детей с последствиями раннего органического поражения ЦНС снижает уровень их общения, способствует замкнутости, безынициативности, нерешительности, порождает специфические черты коммуникативного поведения — сужается круг общения, затруднен контакт с со-беседником, затруднен процесс познания.

Анализ научной литературы свидетельствует о том, что недостаточно разработаны оценочные критерии речевой и познавательной активности детей, условия её формирования и стимулирования, зависимость уровня от форм взаимодействия ребёнка и взрослого в условиях различных видов деятельности.

Использование информационно-коммуникативных технологий в коррекционно-педагогическом процессе — это одна из самых новых и актуальных проблем в отечественной специальной педагогике. Мы предполагаем, что использование технологий компьютерной анимации при обучении и воспитании детей с нарушениями развития может быть эффективным средством активизации мышления и речи, творческой активности, одним из методов коррекции речевых и неречевых нарушений у детей с последствиями органического поражения ЦНС.

Мульттерапия — эффективный инновационный метод арт-терапии. Создание мультфильмов вместе с детьми является универсальным инструментом, позволяющим раскрыть творческие и совершенствовать познавательные способности ребенка. Анимация (мультипликация) является коллективным творчеством,

позволяющим восстанавливать когнитивные функции, развивать креативные способности детей, улучшать их психо-эмоциональное состояние, что самым позитивным образом сказывается на реабилитации и социализации ребенка.

Создание анимационного фильма — это длительный, технически трудоемкий процесс, поскольку мультфильм надо придумать, создать и записать сюжет, реализовать задуманное. На занятиях дети проходят практически все творческие этапы создания анимационного фильма: рисование, анимирование изображений, озвучивание и режиссура. В игровой форме одновременно осваиваются многие виды искусства: изобразительное, музыкальное, актерское. Специалисты отделения — руководители студии, осуществляют монтаж, наиболее сложный технологический этап создания фильма.

Мультипликация как вид современного искусства в детстве очень востребован. Любой вид искусства — это сфера формирования культуры личности и область освоения культурного наследия во всех формах его проявления: национального, регионального, общечеловеческого, исторического. Детство — это период, в который активно формируется личность человека. Ребенок активно развивается, при этом необходимо, чтобы развитие было всесторонним и полимодальным, т.е. реализующим интеллектуальную и эмоциональную, физическую и духовную, ассоциативно-образную и художественную, нравственную и патриотическую формы становления личности. Включение ребенка в создание мультфильма позволяет решать широкий спектр задач.

Целью нашего исследования является разработка диагностической и коррекционно-развивающей программ на основе технологии компьютерной

анимации для работы с детьми с нарушениями речи и познавательной деятельности. Программа направлена на формирование психологического базиса для развития речи и мышления, на обогащение представлений детей об окружающем мире в процессе работы над художественными образами. Задачи, которые решаются в процессе реализации программы носят комплексный характер. Они могут быть объединены в несколько блоков, в соответствии с проблемами психомоторного, когнитивного и речевого развития детей.

1. Стимуляция познавательной, двигательной и речевой активности детей в процессе работы с художественными образами.

2. Обогащение эмоциональной сферы и снятие психоэмоционального напряжения.

3. Развитие сенсорно-перцептивной деятельности.

4. Развитие и обогащение образной сферы, восприятия, ассоциативного мышления.

5. Уточнение и обогащение представлений об окружающем мире, о причинно-следственных связях различных явлений и событий.

6. Повышение уровня речевой активности ребенка, обогащение словарного запаса, совершенствование грамматического строя речи.

7. Формирование умения слушать музыку, соотносить музыкальный материал с художественными

образами.

8. Обучение использованию различных изобразительных средств, формирование практических умений.

9. Развитие способностей к восприятию формы и содержания в художественных композициях.

10. Развитие общей и мелкой моторики, элементарных графомоторных навыков.

11. Развитие внимания и произвольной регуляции движений и действий, развитие слухо-зрительно-моторной координации.

12. Формирование пространственной ориентировки.

13. Активизации речевых возможностей ребенка в процессе озвучивания мультфильма

Темы занятий и подбор материалов для анимации осуществляется с учетом особенностей и возможностей детей с тяжелыми нарушениями речи.

Для создания мультфильма на основе детских работ могут использоваться различные материалы: цветная бумага, пластилин, фломастеры, крупы, природный и бросовый материал, разноцветные ленточки и лоскутки, материалы для конструирования.

Для разработки содержания занятий необходим диагностический этап, на котором выясняются речевые и когнитивные возможности ребенка, определяются задачи подготовки к занятию.

Структура занятия включает 4 этапа:

1 этап — прослушивание сказки с музыкальным сопровождением. В процессе слушания используются элементы ритмопластики, образно-сюжетного танца с импровизацией, элементы гимнастики для пальцев и кистей рук. Обязательно включаются элементы вокальных упражнений и звукоподражания, «озвучивание движений»

2 этап — практическая деятельность с различными материалами, направленная на создание художественных образов. В процесс практической деятельности включается речевое сопровождение, комментирование действий. Подведение итога и словесный отчет. Предполагается музыкальное сопровождение.

3 этап — компьютерная анимация и повторное прослушивание сказки с музыкальным сопровождением и двигательным аккомпанементом.

С учетом возможностей детей включается беседа, пересказ, комментирование.

4 этап — заключительный: просмотр смонтированного мультфильма, подведение итогов; релаксация и слушание музыки.

Тематика занятий определяется уровнем развития речи и мышления ребенка, его коммуникативными возможностями, состоянием моторного прaxиса.

Литература:

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. «Преодоление трудностей учения. Нейропсихологический подход». СПб., 2008.
2. Визель Т.Г. Нейропсихология. М., 2006.
3. Визель Т.Г. Арт-терапия в комплексной системе нейрореабилитации.. М., 2012, 215 с.
4. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985.
5. Тонконогий И.М. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы. М., 2010.
6. Трауготт Н. Н. Межполушарное взаимодействие при локальных поражениях головного мозга. Нейропсихологический анализ межполушарной асимметрии мозга. М., 1986.
7. Триумфов А. В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. М., 1998.
8. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов. М., 2007.

РЕЗЮМЕ

Анимационная арт-терапия в комплексной системе нейрореабилитации детей с последствиями очаговых поражений головного мозга

Щевцова Е.Е., Золотенкова А.А.

Использование информационно-коммуникативных технологий в коррекционно-педагогическом процессе — это одна из самых новых и актуальных проблем в

отечественной специальной педагогике. Мульттерапия — эффективный инновационный метод арт-терапии. Создание мультфильмов вместе с детьми является универсальным инструментом, позволяющим раскрыть творческие и совершенствовать познавательные способности ребенка. Анимация (мультипликация) является коллективным творчеством, позволяющим восстанавливать когнитивные функции, развивать креативные способности детей, улучшать их психо-эмоциональное состояние, что самым позитивным образом сказывается на реабилитации и социализации ребенка.

SUMMARY

ANIMATION ART THERAPY IN THE COMPLEX SYSTEM OF NEUROREHABILITATION CHILDREN WITH CONSEQUENCES OF FOCAL LESIONS OF THE BRAIN

Schevtsova E.E., Zolotenkova A.A.

Use of information and communication technologies in the remedial pedagogical process - this is one of the newest and most urgent problems in the national special education. Multiterapiya - effective innovative method of art therapy. Create cartoons with their children is a universal tool to uncover creative and soverschenstvovat children's cognitive abilities. Animation (animation) is a collective creation, allowing to restore cognitive function, to develop creative abilities of children, to improve their psycho-emotional state that the most positive effect on the rehabilitation and socialization of the child.

ПОСВЯЩЕННОЕ ПАМЯТИ СТОРОЖЕНКО НИКОЛАЙ АФНАСЬЕВИЧА



Нет с нами больше Storozhenko Nikolai Afanasievich – светлой души человека, настоящего подвижника курортного дела, глубоко интеллигентного и всесторонне эрудированного. Человека, умевшего построить праздники из будней, превращавшего наши научные конгрессы в настоящие праздники торжества науки и дружбы народов.

Жизнь всем нами любимого и уважаемого Николая Афанадиевича была тесно связана с Украиной. Родился 5 марта 1935 года в городе Крижопиль Винницкой области на западе Украины. После окончания средней школы в 50-х годах прошлого столетия учился в Одесском медицинском институте. Несколько лет работал врачом в учреждениях здравоохранения, возглавляя органы санитарно-эпидемиологической службы.

С курортной системой свою судьбу Николай Афанадиевич связал с 1965 года. С начала возглавлял санитарно-эпидемиологическую службу курорта Моршин, Львовской области а с октября 1965 – главный врач санатория «Днестр» курорта Моршин.

В конце 70-х годов прошлого века был переведен на должность заместителя председателя

Центрсоветкурорта (г. Москва) по медицинской части, где проработал до конца 1991 года. С 1998 года руководил FITES (Международная федерация термализма и климатотерапии)

В 1999 году именно в Украине (в Ялте) FITES была переформатирована в FEMTEC (Всемирная федерация...), во главе которой стал Storozhenko.

Возглавляя FEMTEC Николай Афанадиевич умел сплотить вокруг идеи курортологии людей разных взглядов и вероисповеданий, страны и континенты и для всех находил теплые слова.

Его научные доклады были одновременно и очень человечными. Так, выступая в Словении в 2011 году он отметил, что «Здоровье человека – это не только отсутствие болезней, но и состояние полного душевного и социального благополучия...» а на конгрессе в Японии в 2009 году акцентировал наше внимание на необходимости социализации и интеграции людей с ограниченными возможностями. А на наших встречах в Китае и Японии акцентировал внимание на национальных особенностях древних медийн и

необходимости их интеграции и использования

Хочется особо отметить, что именно благодаря мудрому руководству Николая Афанадиевича все наши собрания были пропитаны духом дружбы и взаимопонимания.

И конечно, все эти годы в тандеме с Николаем Афанадиевичем работал его соратник и единомышленник бессменный генеральный секретарь профессор Умберто Солимене.

Друзья, давайте поблагодарим Умберто и попросим его возглавить FEMTEC в качестве президента. И чтобы мы и дальше могли собираться на наши Ассамблеи и говорить

«Друзья, прекрасен наш союз!

Он как душа неразделим и вечен

неколебим, свободен и беспечен,

Сростался он под сенью дружных муз»

М. ЛОБОДА, Президент Общества курортологов
Украины и 1.
Вице-президент FEMTEK.

40 YEARS AND MORE OF FRIENDSHIP & COLLABORATION WITH N.A. STOROZHENKO.

Umberto Solimene, Secretary General FEMTEC

Nikolay Afanasevic Storozhenko physician emeritus of the Russian Federation, President of the World Federation of Thermalism and Climatotherapy, died on May 4, 2014.

I had the privilege to work and collaborate with him more than 40 years, when began my collaboration with the Soviet/Russian Collegues in the field of Balneotherapy.

With my Professor Roberto Gualtierotti, we came to Moscow the first time in 1975 for a Conference at the Central Institute of Balneology under the invitation of Prof. V. Bogoliubov and Ing. Ivan Kozlov (Chairman of the Soviet Kurort).

It was an important possibility to establish a strong, fundamental scientific and practical connections between Europe and USSR/Russia in the field of balneology.

For many years we had the possibility to organize a lot of joint meetings in different Countries and show the great therapeutic potential of the balneology.

My Professional CV, stronger and stronger connected with some international programs, supported by Universities, Governments, WHO, suggested N. Storozhenko to work more closed together, after his election (1998) as President of FEMTEC.

We had each other a "feeling" of respect, estimate and by me, gratitude for his confidence.

We did and realized, together a lot of work, with enthusiasm and no personal profit.

Now, FEMTEC is a full respected, distinguished NGO in the field of Balneotherapy

All of us we can see the activities of FEMTEC in the web site www.femteconline.org

Dear Nikolay, all of us we miss you! But we will do all efforts to continue your work.

To understand the personality of Storozhenko I give some CV Information.

Nikolaj Afanasevich was born on March 5, 1935 in the region of Khmelnytski, Ukraine. Like most people of his age, he spent his childhood at times of war, which would have a strong impact on his special vision of the world and his professional skills.

He completed his studies at the State Institute of Medicine in 1959 in Odessa and presented his thesis on sciences in 1975 on the theme Clinical immunobacteriological evaluation of the therapeutic efficacy of the Morshyn mineral waters, sources No. 1 and No. 6, in cases of chronic cholecystitis, demonstrating for the first time the positive impact of thermal treatments for the purpose of improving the body's immune reaction, an objective indicator of the efficacy of a therapy.

V. Ja. Budilov, then President of the Carpathian Soviet for the management of the treatment and holiday centres managed by the trade unions, appointed N.A. Storozhenko

chief physician of one of the main SPAs of the USSR, the Dnestr clinic (Morshyn, region of Lviv (Leopolis), Ukraine). Supported by a team of trusted assistants, N.A. Storozhenko acted as chief physician at this facility for 17 years, striving to improve the quality of the care and support provided to the patients, as well as to develop, organize, and set up this SPA. In 1976 S.A. Shalaev, then secretary of the Central Russian union Soviet and future president thereof, provided for his transfer to Moscow and appointed him Vice President of the Central Soviet for the management of the union-managed treatment and holiday centres.

Under the leadership of I.I. Kozlov, President of the Central Soviet, and supported by outstanding and highly skilled managers, including S.A. Shalaev and V.F. Bogatikov (head and secretary of the Russian Central union Soviet), N.A. Storozhenko acted as the national head for the organization of therapeutic activities in treatment and holiday centres, the management of SPAs, the management of procurements, and the issuing of vouchers, which entitled to admission in such facilities. The Soviet period saw the creation of the world's broadest system, with express social goals, providing admission to treatment and holiday centres to the population.

This system, organized and managed with high efficiency, provided prompt support to the populations struck by the earthquake in Armenia, accommodating 125,000 thousand people from the affected regions in its facilities.

During the years of transformation that followed the collapse of the Soviet Union, the sector of thermalism and climatotherapy was on the verge of disaster. However this risk was averted by gaining an understanding of the issues affecting the sector and through the support provided by SH.A. Tarpishev, O.N. Soskovez, V.V. Iljushin, L.V. Tjagachev and, first and foremost, B. N. Yeltsin, President of Russia, who expressly entrusted the Government, on 18.09.1994, with the task of restoring the role of thermalism and climatotherapy within the scope of the state: The solution to the problem cannot be postponed. It is crucial to avoid wasting structural and material resources. I suggest that the State Committee for physical education and sport be entrusted with the task to protect and develop the whole range of activities and resources constituting the object of thermalism and climatotherapy.

In his activity as the Vice President of the State Committee for physical education, sport, and tourism, N.A. Storozhenko, in cooperation with N.N. Vaganov, Deputy Minister of Health, conceived the federal bill of law Natural therapeutic resources, treatment and holiday resorts and facilities, which would be approved in February 1995.

On February 2, 1996, based on an order of the Government of the Russian Federation, the State Scheme Development of SPAs of federal interest was approved. Moreover, five government orders were approved in 1996-1998 on the protection and development of thermalism and climatotherapy in Russia. The above mentioned federal Law, federal Scheme, and government orders successfully prevented the collapse of this sector, ensuring its establishment and providing the necessary legal and economic foundations to ensure its development in the country.

In 1996 N.A. Storozhenko was appointed President of the National Spa Association Russia, and in 1998 he was elected President of the World Federation of Thermalism and Climatotherapy.

The National Spa Association, founded on July 17, 1996 upon initiative of 9 parties included among the main SPAs and associations of specialized operators in Russia, such as the Staraja Russa, Belokuriha and Rus (Sochi) centres, the Uljanovskkurort consortium, the Association of north-western Russian SPAs and others, is the result of the efforts of the Russian SPAs to protect their common interests vis-à-vis the state authorities and the other organizations in charge, as well as to coordinate their initiatives and their strengths for the purpose of expanding and developing the entities operating in this sector, improving the quality of service, and enhancing the competitiveness of SPAs on

the domestic and foreign market. These goals, which the founders included in the Articles of Association, turned out extremely timely and attractive for lots of specialized operators, as shown by the on-going increase of members.

Under the skilled leadership of N.A. Storozhenko, the National Spa Association Russia was acknowledged as a developing public organization. Upon initiative and with the direct involvement of the Association, specific legal-regulating deeds were performed to protect and develop the thermal and climatotherapeutic activities and resources of Russia, which were then approved by the state Duma and by the Government of the Russian Federation.

Since 2001 Nikolaj Afanas evich Storozhenko was the Co-president of the permanent organizing Committee of the Russian Forum Zdravniza, which he conceived and founded.

We would like to express our wholehearted condolences to the family of Nikolaj Afanas evich, who was to them a support, a loving father and grandfather, a painstaking educator, and a wise master.

Extremely smart, honest, charismatic, characterized by some sort of indulgent irony with respect to life this is how we knew him and this is how we wish to remember him. Rest in peace Nikolaj Afanas evich Storozhenko, your memory will dwell in our hearts forever.

Umberto Solimene, Secretary General FEMTEC