

ЖУРНАЛ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ



№ 2(11) 2004

ТЕМЫ НОМЕРА

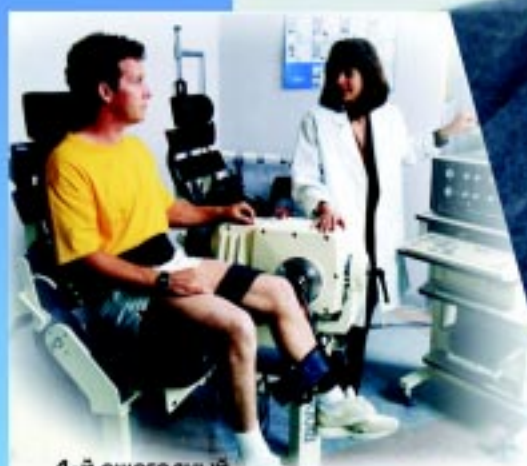
РеаСпоМед 2004

Новая организационная
структура РАСМИРБИ

А.В. Чоговадзе - 75 лет

Медицинская молодежная
наука - 2004

Возобновление членства
спортивной медицины России
в международных организациях

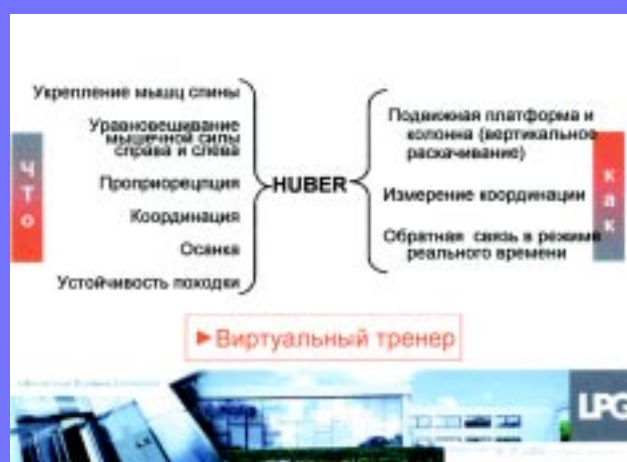


4-й ежегодный
Всероссийский
научный форум

"МЕДИЦИНА. СПОРТ.
ЗДОРОВЬЕ. ОЛИМПИАДА"

РеаСпоМед 2004

HUBER



СпортМедИмпорт

123007, Москва, 5-я Магистральная ул., д. 11, оф. 23
тел. : +7 (095) 797 5680, 256 8138; факс: 941 0193
www.sportmedimport.com; smimos@com2com.ru

ЖУРНАЛ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Москва 2004 г.

№2(11) 2004

Главный редактор

Поляев Б.А., профессор

Редакционный совет:

Чоговадзе А.В., профессор
Журавлева А.И., профессор
Граевская Н.Д., профессор
Епифанов В.А., профессор
Иванов И.Л., профессор
Хрущев С.В., профессор
Цыкунов М.Б., профессор
Героева И.Б., профессор
Поляков С.Д., профессор
Юнусов Ф.А., профессор
Лайшева О.А., доцент
Иванова Г.Е., доцент
Парастаев С.А.,

Учредитель и издатель

Общероссийская общественная организация
“Российская ассоциация по спортивной медицине
и реабилитации больных и инвалидов”

Адрес редакции:

117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1
Телефон: (095) 4345792 Факс: (095) 4345792
Website: <http://www.rasmirbi.sportmed.ru>
E-mail: rasmirbi@sportmed.ru

Журнал зарегистрирован в Минпечати Российской Федерации, свидетельство ПИ №77-13132 от 15 июля 2002 года.

Отпечатано в ООО “Типография “Магистраль”
Московская область, Раменский район, п. Удельная,
ул. Чехова, д. 31, тираж 1000 экз.

Все права на материалы, опубликованные в номере, принадлежат “Журналу РАСМИРБИ”. Перепечатка без разрешения редакции запрещена. При использовании материалов ссылка на “Журнал РАСМИРБИ” обязательна. Редакция оставляет за собой право не вступать в переписку с авторами. Присланные материалы не рецензируются и не возвращаются.

© “Журнал РАСМИРБИ”, 2004

© DoctorExit, 2004

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕМА НОМЕРА

РеаСпоМед–2004. 4-й Международный научный форум «МЕДИЦИНА. СПОРТ. ЗДОРОВЬЕ. ОЛИМПИАДА».....	2
Новая организационная структура РАСМИРБИ. Выездное заседание Бюро Президиума Ассоциации.....	3
Возобновление членства спортивной медицины России в международных организациях.....	6
Рубрика «ПОЗДРАВЛЯЕМ!». 75 лет профессору Афанасию Варламовичу Чоговадзе.....	7
«Я работаю – следовательно, я живу!». Интервью профессора А.В. Чоговадзе.....	10
Медицинская молодежная наука – 2004. День молодежной науки Российского государственного медицинского университета – Пироговская студенческая научная конференция–2004.....	14
Третья международная научная конференция студентов и молодых ученых “Актуальные вопросы спортивной медицины, лечебной физической культуры, физиотерапии и курортологии”.....	15

РУБРИКА «ВФД»

Врачебно-физкультурный диспансер Ростовской области – настоящее и будущее.....	16
--	----

РУБРИКА «КАФЕДРЫ»

История кафедры физических методов лечения и спортивной медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.....	21
--	----

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

Б.А. Поляев, А.В. Чоговадзе, Е.П. Рубаненко «Новая концепция организации учебного процесса по физическому воспитанию, реабилитации и спортивной медицине в Российском государственном медицинском университете».....	24
С.П. Миронов, М.Б. Цыкунов, Н.Б. Селезнев, М.А. Ерёмускин, В.К. Куролес «Эффективность механотерапии с обратной связью при посттравматических контрактурах локтевого сустава».....	27
Д.А. Васильев, И.Т. Выходец «Дифференциация медицинской группы на основе интегральной оценки морфофункциональных и психологических характеристик студентов начальных курсов вуза города Москвы».....	30
О.В. Волченкова, В.Н. Орлов «Применение низкочастотного импульсного электромагнитного поля в комплексе лечения больных с инфарктом мозга».....	39
В.Г. Пантелеева, В.Э. Зыкин «Результаты сочетанной терапии детей с нарушением осанки и близорукостью».....	40
Н.В. Шартанова, Н.И. Ильина, Л.В. Лусс, В.Н. Санинский «Эпидемиология и особенности аллергических заболеваний у спортсменов олимпийских сборных России».....	42

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

Календарь событий.....	46
Информация диссертационного совета.....	46
Обзор литературы.....	47
Информация для авторов.....	48
Информация о членстве в РАСМИРБИ.....	48
Информация для рекламодателей.....	48



РеаСпоМед 2004

4-й Международный научный форум
«МЕДИЦИНА. СПОРТ. ЗДОРОВЬЕ. ОЛИМПИАДА»

Международная специализированная выставка
медицинского оборудования и лекарственных препаратов, приме-
няемых для реабилитации и спортивной медицины
30 марта – 2 апреля 2004 г.

Центр Международной торговли, г. Москва

Ставший уже традиционным между-
народный форум в этом году проходит
под лозунгом «Медицина. Спорт. Здо-
ровье. Олимпиада». Такое название
возникло по двум причинам: повыси-
лось внимание к физической культуре
и спорту, как средствам укрепления
здоровья нации со стороны руковод-
ства страны и, во-вторых – безуслов-
ное ожидание побед нашего спорта на
предстоящих летом в Афинах Олим-
пийских и Паралимпийских играх. И в
том, и в другом случае медицина вы-
ступает добрым помощником в реше-
нии указанных задач. В любом случае,
победа, достигаемая в спорте или в
укреплении своего здоровья – это
плод совместных усилий спортсменов,
тренеров и специалистов, реализую-
щих медицинское обеспечение спорта
и физической культуры в любой ее
форме (врачи, физиологи, биохимики,
фармакологи и др.).



4-й ежегодный
Всероссийский
научный форум
«МЕДИЦИНА. СПОРТ.
ЗДОРОВЬЕ. ОЛИМПИАДА»
РеаСпоМед 2004

В связи с этим эффективность об-
щих усилий тем больше, чем лучше
взаимодействие, а для этого необхо-
дим понятный всем язык науки.

IV Международный форум РеаСпо-
Мед-2004 - «Медицина. Спорт. Здо-
ровье. Олимпиада» служит идее объеди-
нения усилий специалистов в дости-
жении этих важных целей. Я не сомне-
ваюсь в глубокой заинтересованности
специалистов в подобных встречах.

*Куратор научного форума, глав-
ный редактор Журнала РАСМИРБИ,
профессор Б.А. Поляев.*

ВЫЕЗДНОЕ ЗАСЕДАНИЕ БЮРО ПРЕЗИДИУМА РАСМИРБИ

11–12 марта 2004 г. состоялось очередное (выездное) заседание актива Бюро Президиума РАСМИРБИ. Заседание проводилось по инициативе члена Президиума РАСМИРБИ, заведующего кафедрой лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии Ярославской медицинской академии доктора медицинских наук, проф. А.Н. Шкробко на базе больницы восстановительного лечения ОАО «Большие Соли» (пос. Некрасовское Ярославской обл., главный врач – А.А. Барбакадзе).

В повестке дня заседания были рассмотрены и обсуждены вопросы по работе Бюро Президиума РАСМИРБИ (проф. А.В. Чоговадзе), о подготовке к проведению IV Международного научного форума «Медицина. Спорт. Здоровье. Олимпиада» – РеаС-поМед 2004 (проф. Б.А. Поляев). По информации директора Федерального центра спортивной медицины и лечебной физкультуры проф. И.Л. Иванова участники заседания обсудили перспективы выполнения концепции развития врачебно-физкультурной службы Минздрава РФ на 2003–2010 гг. и состояние медицинского обеспечения отечественных олимпийцев 2004 г.

При обсуждении вопроса о работе Бюро Президиума проф. А.В. Чоговадзе отметил, что Всероссийское научно-медицинское общество по лечебной

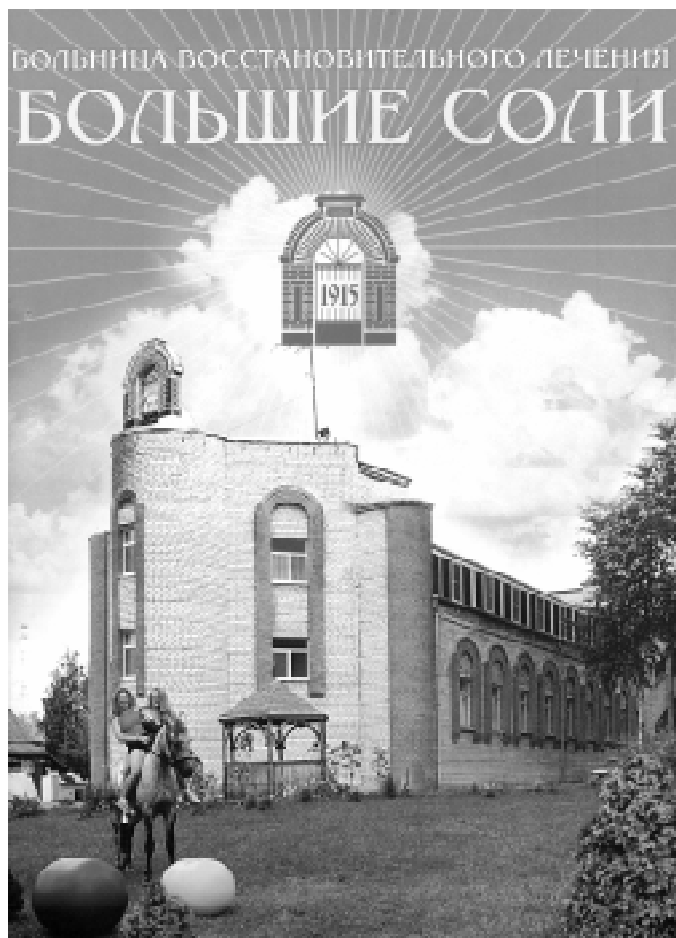


Члены Бюро Президиума РАСМИРБИ на заседании. Справа налево: проф. И.Л. Иванов, проф. А.В. Чоговадзе, проф. Б.А. Поляев, проф. А.И. Журавлева, д.м.н. Г.Е. Иванова

физкультуре и спортивной медицине, а после реорганизации (г. Иркутск, 1992 г.) – Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов (РАСМИРБИ) за многолетний период своей деятельности успешно работала и продолжает работать с государственными и общественными учреждениями и организациями как единственная общественно-профессиональная организация в России, представляющая интересы специальности и специалистов по спортивной медицине и лечебной физкультуре, как внутри страны, так и за ее пределами.

Бюро РАСМИРБИ совместно с Федеральным центром спортивной медицины и лечебной физкультуры МЗ РФ за прошедшие годы провело 5 Всероссийских съездов, большое количество ежегодных научно-практических конференций (в том числе для студентов и молодых ученых), симпозиумов и совещаний, как всероссийских, так и региональных, издало учебные пособия, практические рекомендации, монографии, практические руководства для врачей, избранные лекции по спортивной медицине и другую специальную литературу, необходимую для практического здравоохранения.

За многие годы с начала работы в 1968 г. в Бюро Президиума РАСМИРБИ постоянно происходила ротация кадров. Вот и сейчас наступило время, когда, как заметил проф. А.В. Чоговадзе, целесообразно передать эстафету по руководству Ассоциацией следующему поколению специалистов. Идея в ногу со временем, имеет смысл обновить структуру распределения обязанностей между членами Бюро РАСМИРБИ. А.В. Чоговадзе подчеркнул, что очень много и плодотворно работает проф. Б.А. Поляев, особенно в последнее время, когда в связи с состоянием здоровья Президента всю фактическую нагрузку по руководству работой Ассоциации он взял на себя. В этом ему хорошо помогают другие члены Бюро – москвичи (проф. М.Б. Цыкунов, д.м.н. Г.Е. Иванова, проф. А.И. Журавлева, д.м.н. С.А. Парастаев, доц. О.А. Лайшева, проф. И.Л. Иванов и др.). «Профессор Б.А. Поляев проявляет себя как энергичный, прогрес-

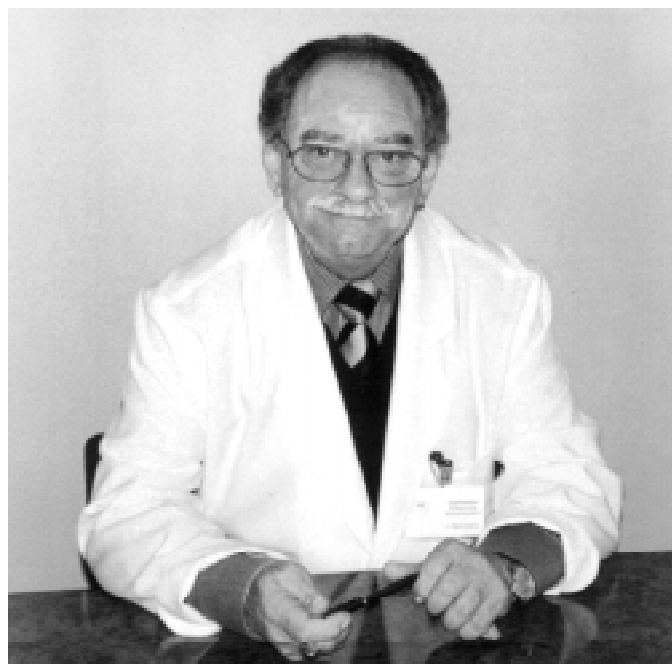


ОАО БВЛ «Большие Соли»
Ярославская область, поселок Некрасовское,
ул. Советская, 84; тел. (08531) 41302, 41201;
www.bs.yaroslavl.ru; bs@yaroslavl.ru

сивный и настойчивый руководитель, и я рекомендую его на пост Президента». В связи с изложенным, проф. А.В. Чоговадзе попросил удовлетворить его просьбу об отставке с поста президента РАСМИРБИ.

В результате обсуждения заявления Президента об отставке и его предложения по изменению структуры распределения обязанностей между членами Бюро было единогласно решено удовлетворить просьбу А.В. Чоговадзе об отставке и избрать Президентом РАСМИРБИ проф. Б.А. Поляева, а проф. А.В. Чоговадзе избрать почетным президентом Ассоциации, поручив ему руководство Советом старейшин Президиума. Принято решение кооптировать в состав Бюро ассоциации главного врача Московского научно-практического центра по спортивной медицине к.м.н. З.Г. Орджоникидзе и профессора М.Д. Дидура (Санкт-Петербург), перераспределить обязанности между членами Бюро (см.схему).

Во второй день гости подробно ознакомились с уникальной клинической базой ОАО Больница восстановительного лечения «Большие Соли» и отметили хорошую организацию, современное оснащение интенсивных комплексных технологических подходов к проблемам лечения и реабилитации при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы. С коллективом врачей, массажистов и методистов был проведен круглый стол, на котором ученые дали информацию по общим и частным актуальным вопросам лечебной физкультуры (проф. А.И. Журавлева и д.м.н. Г.Е. Иванова), вертебрологии и мануальной терапии (проф. В.А. Епифанов), медицинского обеспечения и реабилитации спортсменов сборных команд страны в остав-

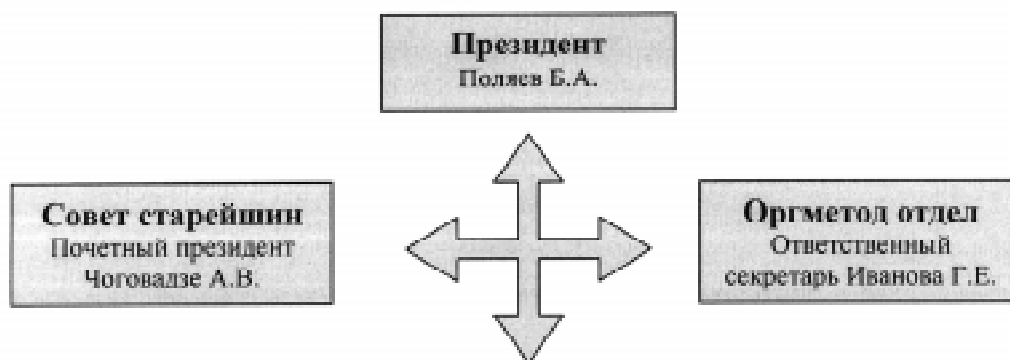


Выражаем благодарность генеральному директору ОАО Больница восстановительного лечения «Большие Соли», главному врачу, Заслуженному врачу РФ Александру Аполлоновичу Барбакадзе за теплый, радушный и содержательный прием.

шиеся дни подготовки к Олимпийским и Паралимпийским играм 2004 года в Афинах (проф. И.Л. Иванов, проф. Б.А. Поляев).

Ответственный секретарь РАСМИРБИ, д.м.н. Г.Е. Иванова

БЮРО ПРЕЗИДИУМА РАСМИРБИ



Научная работа	Журавлева А.И., Епифанов В.А., Макарова Г.А.
Лечебная работа	Цыкунов М.Б., Дидур М.Д.
ЛФК	Герасев И.Б., Поляков С.Д., Лайшева О.А., Корышев В.И.
Учебно-методическая работа	Евдокимова Т.А.
Спортивная медицина	Иванов И.Л., Парастаев С.А., Крошин С.М., Орджоникидзе З.Г.
Оздоровительная физкультура (фитнес)	Хрушев С.В.
PR, издательская работа	Юнусов Ф.А., Выхолод Н.Т.



**Почетный президент
РАСМИРБИ –
профессор
Афанасий Варламович
ЧОГОВАДЗЕ**

**Президент РАСМИРБИ –
профессор
Борис Александрович
ПОЛЯЕВ**



Чоговадзе Афанасий Варламович, 1929 г.р., женат, имеет 2 сыновей.

В 1953 г., после окончания 2-го МОЛГМИ был зачислен в клиническую ординатуру по спортивной медицине и лечебной физкультуре, а по ее окончании направлен преподавателем на кафедру физического воспитания, спортивной медицины и лечебной физкультуры Рязанского медицинского института, которую с 1959 года возглавил как заведующий.

В 1958 г. защитил диссертацию на ученую степень кандидата и в 1970 – доктора медицинских наук. В 1960 году получил ученое звание доцента, а в 1972 г. – профессора. В 1991 г. проф. А.В. Чоговадзе присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки РСФСР», а в 1999 г. награжден орденом «Почета». В 1996 году избран действительным членом Международной академии Информатизации.

В 1977 г. был переведен для работы во 2-ой МОЛГМИ (ныне РГМУ), где заведовал кафедрой физического воспитания, спортивной медицины и лечебной физкультуры до 1997 года. В настоящее время работает в должности профессора кафедры, является заместителем председателя докторского диссертационного совета по специальности 14.00.51 в РГМУ.

В 1962 году находился в спецкомандировке на Кубе, а с 1963 по 1967 гг. в ГДР, где занимался вопросами медицинского обеспечения национальных олимпийских команд и подготовки кадров по спортивной медицине.

Автор более 300 научных работ, двух патентов, под его руководством подготовлено более 30 кандидатов и докторов наук.

На протяжении многих лет до 2001 г. работал в составе медицинской комиссии Олимпийского комитета России, проблемной комиссии АМН СССР по спортивной медицине и лечебной физкультуре, работал в составе научно-методического совета по физическому воспитанию Министерства высшего и среднего специального образования СССР, возглавлял научно-методический совет по физическому воспитанию, врачебному контролю и лечебной физкультуре Минздрава России, руководил республиканской программой НИР «Здоровье студентов» МЗ РФ, более 20 лет являлся главным специалистом Минздрава по лечебной физкультуре и спортивной медицине.

С 1979 по 2004 год в качестве Президента возглавлял научное общество (с 1992 г. – ассоциацию) по спортивной медицине и лечебной физкультуре (РАСМИРБИ). С 2004 года – Почетный президент РАСМИРБИ.

На протяжении многих лет работал в составе редотдела Большой Медицинской Энциклопедии «Физическое воспитание, лечебная физкультура и спортивная медицина».

Имеет отечественные и зарубежные правительственные награды. С 2004 года возглавляет Совет старейшин при Бюро Президиума РАСМИРБИ.

Поляев Борис Александрович, 1957 г. р., женат, имеет 1 ребенка.

Родился в г. Артемовский Свердловской области.

В 1974 поступил во 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова.

В 1980 году, после окончания института был зачислен в клиническую ординатуру, а позже в аспирантуру при кафедре врачебного контроля и лечебной физкультуры 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова.

В 1985 г. защитил кандидатскую диссертацию, в 1992 г. докторскую диссертацию. Последовательно занимал должности от ст. лаборанта до профессора кафедры реабилитации и спортивной медицины РГМУ.

С 1997 г. заведующий кафедрой реабилитации, спортивной медицины и физической культуры Российского государственного медицинского университета (РГМУ) с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ РГМУ. При кафедре открыта научно-исследовательская лаборатория «Совершенствование физического и психического здоровья».

Главный специалист Минздрава РФ по спортивной медицине и лечебной физкультуре.

Действительный член Российской Академии естественных наук (РАЕН), действительный член Российской Академии медико-технических наук (РАМНТ).

Под руководством Поляева Б.А. защищено 23 докторских и кандидатских диссертаций, автор 132 научных трудов, 1-го патента РФ, научный консультант многотомника «Избранные лекции по спортивной медицине».

Председатель докторского диссертационного совета по специальности 14.00.51 в РГМУ.

За подготовку Паралимпийских чемпионов в Нагано в 1999 г. присвоено звание - заслуженный врач РФ.

Советник председателя Москомспорта по спортивной медицине, Президент Российской Ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов (РАСМИРБИ), вице-президент Паралимпийского комитета России, заместитель председателя медицинской комиссии Олимпийского комитета России, член медицинской и научной комиссии Европейского Олимпийского комитета, член исполкома международной федерации физиотерапевтов (World Confederation for Physical Therapy), главный редактор научно-практического приложения к журналу «Олимпийская панорама» - «Медицина спорта и двигательной активности», главный редактор «Журнала РАСМИРБИ», ответственный секретарь Большой Медицинской Энциклопедии по разделу «лечебная физкультура и спортивная медицина», заместитель главного редактора «Российского медицинского журнала», член редколлегии журналов «Детский доктор», «Кардиология», «ЛФК и массаж».

ВОЗОБНОВЛЕНИЕ ЧЛЕНСТВА СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ РОССИИ В МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

На прошедшем в январе 2004 совещании Исполнительного комитета Международной федерации спортивной медицины (ФИМС) Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов была принята в члены Федерации как официальный представитель от России.

«Это большая честь для нас снова видеть в наших рядах Россию, – сказал в своей приветственной речи президент ФИМС Кай-Мин Чан. – В этой стране очень высок уровень развития спортивной медицины, и я надеюсь, что наше сотрудничество в данной области принесет пользу всем. Добро пожаловать!»

«Мы очень надеемся на плодотворное сотрудничество! Долгое время в ФИМС не было представителей России и я очень рад, что эта ситуация изменилась, – заявил прежний президент ФИМС профессор Эдуардо Енрике де Розе.

Международная федерация спортивной медицины была организована в 1928 г. и на настоящий момент объединяет федерации спортивной медицины пяти континентов. Для того, чтобы вступить в ФИМС национальная ассоциация спортивной медицины должна являться членом соответствующей континентальной федерации ассоциаций спортивной медицины.

В Европейскую федерацию ассоциаций спортивной медицины (ЕФСМА) РАСМИРБИ как официальный представитель России вступила в конце 2003г.

Последние нововведения в структуре ФИМС связаны с расширением сети индивидуальных членов ФИМС – так, теперь любой член национальной ассоциации (физическое лицо) может через свою национальную ассоциацию подать заявку на включение себя в списки индивидуальных членов ФИМС. Требования к кандидатам: степень доктора (медицины или смежных с ней наук), состоять в национальной ассоциации и пройти курс спортивной медицины, санкционированный ФИМС, либо отработать в сфере спорта не менее пяти лет.

XXVIII Всемирный Конгресс Международной федерации спортивной медицины (ФИМС)

С 26 по 28 января 2004 г. в Маскате (Оман) прошел XXVIII Всемирный Конгресс Международной федерации спортивной медицины (ФИМС). **«Пусть спорт будет вдохновением жизни, жизнь – соревнование»** – так звучал девиз этого крупнейшего международного форума.

Семьдесят стран мира прислали на Конгресс своих делегатов. Россию представляла Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов в лице своего Первого вице-президента – профессора Бориса Поляева и руководителя сектора международных связей ассоциации Елены Тверитиной.

Конгрессу предшествовали курсы по темам «Антидопинг», «Реабилитация в спорте», курсы повышения квалификации спортивных врачей разного уровня и практикум по артроскопии.

Столь экзотичное место для проведения Конгресса было выбрано не случайно – президент Федерации спортивной медицины Азии и вице-президент ФИМС доктор Вахид Аль-Карузи родом из Омана, а потому этой стране и была оказана честь проводить это мероприятие. Следует отметить, что впервые Всемирный конгресс ФИМС проводился в Азии.

Конгресс явился заключительной акцией празднования 75-летия Международной федерации спортивной медицины, отмечавшегося в 2003 г. По словам президента ФИМС профессора Кай-Мин Чана «Всемирный конгресс ФИМС–2004 – это не просто конгресс, но и возможность для нас собраться вместе, подвести итоги достижениям последних 75 лет и заглянуть в будущее».

Помимо медицинских аспектов спорта высших достижений, в рамках научной программы Конгресса рассматривались проблемы детского и юношеского спорта, спорта инвалидов, а также физкультуры для людей пожилого возраста. Были проведены симпозиумы, посвященные проблемам женщины и спорта, Декаде костно-суставной системы ООН, а также проблеме атипичной пневмонии и спорта.

Параллельно с научной программой прошли заседания Исполкома ФИМС, а также совещания Континентальных федераций – Европейской федерации ассоциаций спортивной медицины, Федерации спортивной медицины Азии, Панамериканской конфедерации спортивной медицины и Африканского союза. Также было проведено совещание Совета делегатов ФИМС, на котором путем закрытого голосования был определен город, где будет проводиться Всемирный конгресс ФИМС-2008. За право проводить его боролись Испания, Канада и Иран, и большинство голосов получила Испания (Барселона). Место проведения Конгресса-2006 было определено ранее (на совещании Совета делегатов в Будапеште, 2002) – XXIX Всемирный конгресс ФИМС пройдет в Пекине (Китай). Также на совещании Совета делегатов обсуждались нововведения, касающиеся структуры ФИМС и были рассмотрены доклады президента Федерации – Кай-Мин Чана, и ее казначея – Костаса Христодулакиса. За особый вклад в развитие спортивной медицины Золотой медалью ФИМС был награжден прежний президент этой федерации профессор Эдуардо Енрике де Розе (Бразилия).



Президент РАСМИРБИ Борис Поляев (слева) и Президент ФИМС Кай-Мин Чан, 2004 г.

75 ЛЕТ ПРОФЕССОРУ АФАНАСИЮ ВАРЛАМОВИЧУ ЧОГОВАДЗЕ

Что испытывают ученики в день юбилея своего учителя? У самих вроде бы на носу уже солидные юбилеи... Любая круглая дата близкого человека – это день, когда философствуешь о скоротечности времени. С другой стороны, когда видишь своего учителя бодрым, по-спортивному подтянутым, организованным, энергичным, творчески многогранным, то перестаешь бояться возраста и понимаешь, что это еще одна мудрость жизни, которой научил нас наш профессор Чоговадзе Афанасий Варламович. 21 марта 2004 года ему исполнилось 75 лет.

Есть удивительный феномен в стенах Российского государственного медицинского университета – школа профессора А.В. Чоговадзе – кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины факультета усовершенствования врачей.

Что же это за школа и какие предметы в ней изучают?

Урок первый – любовь к альма-матер, родному вузу. Афанасий Варламович – выпускник 1953 года. В 1956 году окончил клиническую ординатуру. Его друзьями со студенческой скамьи, сокурсниками было очень талантливое поколение врачей нашей страны – В.А. Таболин, Э.А. Степанов, В.П. Немсадзе и многие-многие другие.

После окончания 2-го МОЛГМИ многие из них в те годы начинали свою профессиональную дорогу в разных уголках нашей страны. А.В. Чоговадзе начинал ассистентом в Рязанском мединституте в 1956 году. Спустя 2 года он защитил кандидатскую диссертацию в альма-матер и возглавил кафедру физического воспитания, лечебной физкультуры и врачебного контроля в том же Рязанском мединституте. В 1970 году защитил докторскую диссертацию. В 1972 г. получил ученое звание профессора.

Став зрелым специалистом, в 1977 году профессор А.В. Чоговадзе вернулся в родные пенаты – 2-ой МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова и возглавил кафедру физического воспитания, объединенную затем с кафедрой лечебной физкультуры и врачебного контроля. С тех пор в трудовой книжке А.В. Чоговадзе не было записей о новом месте работы. И вот уже более 27 лет он с неутомимой энергией отдает родному вузу один из самых главных своих талантов – умение созидать.



Студенты на кафедре обучаются по постоянно обновляющимся учебным программам, являющимися базовыми в российском медицинском образовании, ежегодно обучается большое количество ординаторов, а теперь уже и врачей-интернов, открыт и успешно работает более 10 лет на базе РГМУ Московский институт медико-социальной реабилитологии, уверенно набирает обороты и вышло на ведущие позиции в стране отделение факультета усовершенствования врачей... Всего не перечесть.

Урок второй – трудолюбие.

За плечами 50 лет лечебной, педагогической, научно-исследовательской и общественно-профессиональной работы. Невозможно описать весь спектр научных исследований, проводимых под непосредственным руководством профессора А.В. Чоговадзе в области изучения здоровья и здорового образа жизни, физического воспитания, спортивной медицины, лечебной физкультуры, реабилитации. А.В. Чоговадзе всегда находится на самых передовых рубежах медицинской науки и практики. В 1960 году он получил бронзовую медаль ВДНХ СССР за разработку в соавторстве с сотрудниками методики кардиореспираторного теста у спортсменов.

Уже 25 лет (с 1979 г.) А.В. Чоговадзе возглавляет Всероссийское научно-медицинское общество по спортивной медицине и лечебной физкультуре, преобразованное в 1992 г. в Российскую ассоциацию по спортивной медицине и реабилитации боль-

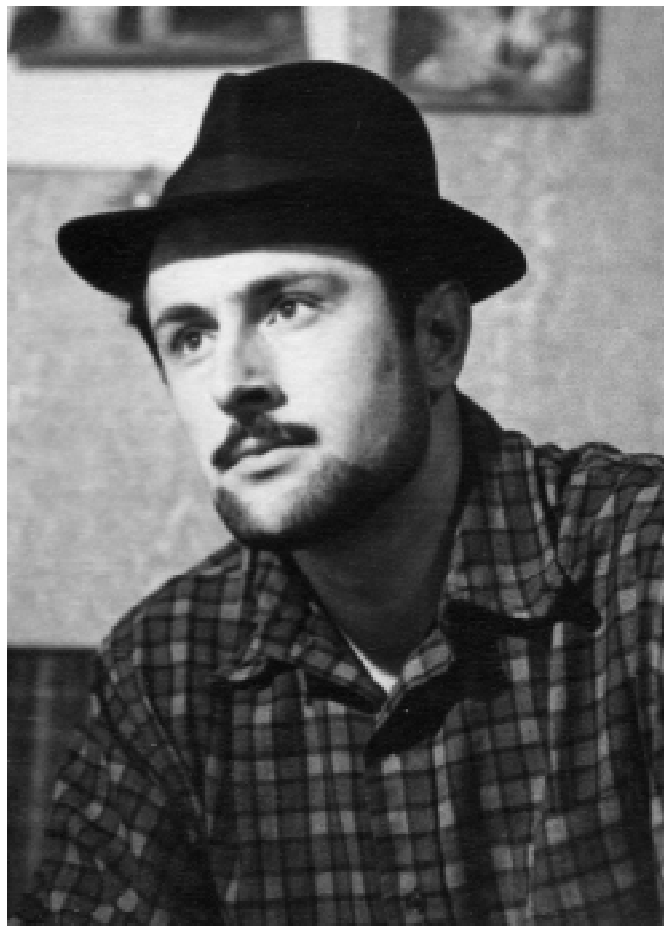


Вверху, слева направо: Вахтанг Немсадзе, Борис Катковский, Николай Рыбаков; внизу слева направо: Автандил Чоговадзе, Владимир Голяховский. Москва, 1950 год.

ных и инвалидов (РАСМИРБИ). Руководил редакционным отделом по лечебной физкультуре и спортивной медицине Большой медицинской энциклопедии, он один из основателей журнала "Sports medicine training and rehabilitation" (Harwood Academic Publishers, USA).

Что вобрали в себя эти годы? Это и более 300 научных работ, из которых 13 монографии. Это более 30 подготовленных профессором А.В. Чоговадзе докторов и кандидатов медицинских наук. Под его руководством на кафедре подготовлено в клинической ординатуре более 200 специалистов практического здравоохранения, более 500 врачей повысили свой профессиональный уровень в специальности. Урок третий – интернационализм.

Значительный отрезок биографии А.В. Чоговадзе – это работа за рубежом. В 1962 году он был командирован на Кубу для подготовки кадров и организации в стране спортивно-медицинской службы. В 1963 – 67 гг. – специальная командировка в ГДР. Многие прекрасно помнят фантастический уровень выступлений атлетов этой страны практически по всем видам спорта в те годы. А.В. Чоговадзе вместе со своими коллегами из СССР, Чехословакии, Венгрии, ГДР организовали и поставили на высокий уровень научно-исследовательскую работу и лечебно-профилактическую помощь в области спортивной



А. Чоговадзе студент 2-го МГМИ. Москва, 1953 год.

медицины в ГДР. Афанасий Варламович вместе со своим другом и коллегой из Ивановского мединститута С.В. Хрущевым являлся консультантом спортивно-медицинского восстановительного центра Крайша (г. Дрезден). Как всегда, он очень много работал, принимал непосредственное участие в реабилитации спортсменов после травм, во врачебном контроле за членами сборных команд по волейболу, классической и вольной борьбе, гребле, спортивной ходьбе, велогонкам. Вместе с тренерами он готовил их к Олимпийским играм в Токио (Япония, 1964 г.) и Мехико (Мексика, 1968 г.). За эту работу А.В. Чоговадзе был награжден почетными золотой и серебряными медалями Общества Германо-Советской дружбы, благодарностью Министерства здравоохранения ГДР, медалью ГДР «За отличные достижения».

А.В. Чоговадзе выступал на конгрессах, конференциях и симпозиумах на Кубе, в Австрии, Германии, Чехословакии, Венгрии, Франции.

В 1988 году на базе кафедры и отделения физиотерапии Республиканской детской клинической больницы под руководством А.В. Чоговадзе была создана команда, работавшая с детьми, пострадавшими во время землетрясения в Армении. Результатом работы стала целая серия научно-практических исследований по реабилитации больных с краш-синдромом. С этого времени кафедра работает в тесном контакте со своими немецкими коллегами, проводя ежегодно по 2-3 научно-практических семинара.

С 1998 года на кафедре реализуется совместная



Кафедра физического воспитания, лечебной физкультуры и врачебного контроля Рязанского мединститута. На скамье пятый слева - А.В. Чоговадзе, 1959 год.

учебная и научно-практическая программа с коллегами из Франции.

Самый главный урок А.В. Чоговадзе – это продолжение традиций, продолжение творческого созидания в любимой профессии, любимом университете. Это и есть секрет и феномен созданной школы, а сам Афанасий Варламович и сегодня самый активный педагог.

Он всегда преподавал студентам, что продолжает делать до сих пор. И сейчас он именно тот человек, который встречает, учит и провожает на кафедре всех молодых специалистов – интернов, ординаторов и аспирантов. Он учит не только профессиональным секретам, но и честности, порядочности, ответственности перед пациентами и перед коллегами, верности своим принципам, творческой неутомимости и еще многому и многому другому. Добросовестный труд А.В. Чоговадзе отмечен благодар-



На обходе. Крайша, ГДР, 1965 год.

ностями Минздрава, знаком «Отличник здравоохранения» и почетными знаками Госкомспорта и Олимпийского комитета России, медалями и орденом «Почета», почетным званием «Заслуженный деятель науки Российской Федерации».

Дорогой наш учитель! Дорогой наш профессор Афанасий Варламович Чоговадзе! В день Вашего рождения мы искренне желаем Вам крепкого здоровья, дальнейших творческих успехов, счастья, радости и благополучия!

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры РГМУ поздравляет юбиляра с 75-летием! Все мы, ваши ученики, коллеги надеемся на дальнейшую многолетнюю совместную работу с Вами – выдающимся ученым, врачом и человеком.



Построение лагеря на утреннюю проверку принимает А.В. Чоговадзе. Рязань, 1957 год.

Я РАБОТАЮ – СЛЕДОВАТЕЛЬНО, Я ЖИВУ!

Более 50 лет профессор Афанасий Варламович Чоговадзе посвятил лечебной, научно-исследовательской и педагогической деятельности. За его плечами 27 лет работы в РГМУ, в течение которых он воспитал не одно поколение молодых врачей. У этого человека всегда было и будет чему поучиться. В преддверии своего юбилея профессор Чоговадзе, заслуженный деятель науки Российской Федерации, рассказал нам о том, как складывалась его жизнь и карьера, а также поведал о планах на будущее.

Афанасий Варламович, Вы выросли в Гаграх, в южном городе на берегу моря. Там впору мечтать о дальних путешествиях или о покорении горных вершин. Скажите, почему Вы все-таки решили поехать в Москву и поступать в медицинский институт?

В детстве мысль о том, чтобы связать своё будущее с медициной, мне и в голову не приходила. Как любой нормальный мальчишка я хотел быть моряком или летчиком. Поэтому уже в 14 лет я записался в клуб парашютистов, а позже начал посещать планерную школу. Откровенно говоря, для всего этого требовалась недюжинная смелость: чтобы совершить прыжок с небольшого двукрылого самолета, мне приходилось буквально вылезать на его крыло. Не удивительно, что, хотя отцу было известно о моем увлечении, от матери приходилось все это тщательно скрывать.

И все же мечте стать летчиком не суждено было осуществиться. Однажды во время прогулки в лесу я сломал руку, и, несмотря на то, что все благополучно зажило, стало понятно: медкомиссию мне пройти вряд ли удастся.

Тем временем учеба в школе подходила к концу, и пора было принимать важное решение. Я хотел поступать в МАИ и учиться, если не на пилота, то хотя бы на авиаинженера. Но родители - и особенно мама, которая всю жизнь ставила мне в пример известного в наших краях хирурга Нестерова, творившего во время войны чудеса и спасшего сотни раненых солдат, - убеждали идти в медицинский. Действительно: биологию, литературу, физику и химию я любил с детства, а пример классного врача просто не мог не вдохновлять.

В общем, закончилось все тем, что, успешно сдав вступительные экзамены, я был зачислен на педиатрический факультет 2-го Московского медицинского института, и у меня появилась новая мечта – стать детским хирургом.

А эта мечта сбылась? Все-таки известность Вы приобрели совершенно в ином качестве...

Дело в том, что в 1956 году после окончания трехгодичной клинической ординатуры я по распределению попал в медицинский институт г. Рязани, где начал работать ассистентом на кафедре физического воспитания, лечебной физкультуры и врачебного контроля, и параллельно – хирургом в одной из городских больниц. В то же время мне нужно было писать кандидатскую диссертацию, которую я посвя-



Первый выпуск 11-го класса Гагринской русской средней школы, 1947 год. Слева сверху первый - Автандил Чоговадзе

тил проблеме становления свода стопы и развития плоскостопия у детей школьного возраста, а также мерам профилактики этого недуга средствами физкультуры и спорта. Поэтому в течение двух лет – до 1958, когда я защитил кандидатскую в стенах родного II Московского Медицинского Института, мне приходилось жить в постоянных разъездах: из столицы в Рязань и обратно. Было трудно, и работу хирурга пришлось окончательно оставить в 1961, спустя 3 года после того, как я был назначен заведующим кафедрой Рязанского мединститута. Возможности совмещать две ответственные должности больше не было, и, встав перед выбором, я решил остаться в спортивной медицине.

Афанасий Варламович, на Вашем счету не одна заграничная командировка, а ведь сочетать заведование кафедрой с поездками за рубеж - дело еще более сложное. Вы не боялись надолго оставлять свой коллектив?

Я всегда был уверен: на кафедре все отлично и без моего присутствия. Там подобралась молодая ребятня, которые помогали друг другу и создали хорошую команду. Вот пример: сначала у нас были заняты лишь один врач и 5 преподавателей физкультуры, а ко времени моего отъезда из Рязани в Москву наша кафедра была разделена на две – лечебной физкультуры и спортивной медицины, а также - физического воспитания. И на них в общей сложности работали уже 5 врачей. Кроме того, были созданы лаборатории, начата работа над диссертациями – только под моим руководством в Рязанском мединституте защитилось пять человек.

Поэтому, что касается заграницы, то, когда после Всесоюзной научной конференции в г. Москве по вопросам спортивной медицины, в рамках которой я выступал, в 1959 году мне предложили подготовить тезисы для международного конгресса в Вене, долго я не колебался. Закончилось все тем, что в 1960 году, меня, совсем молодого, включили в состав де-

легации маститых ученых. Интересно, кстати, что это было первым моим заграничным путешествием – и сразу в Австрию, капиталистическую страну! Через год, в 1961 г., я вместе с проф. Красносельским из Воронежа и доц. Маркусас из Таллина участвовал в работе научной конференции в г. Эрфурт (ГДР), где выступал с докладом по проблеме охраны здоровья студентов.

Долго на одном месте я не засиживался: в 1962 году меня вызвали в Министерство здравоохранения и предложили поехать на Кубу. На этот раз я опять согласился, и не зря: там удалось сделать многое – во-первых, помочь местным специалистам удачно подобрать командные составы по разным видам спорта, во-вторых, провести практические и теоретические занятия по врачебному контролю, спортивной травматологии, основам лечебной физкультуры и спортивной медицины. Я, например, читал лекции во всех шести провинциях страны, в том числе в Сантьяго-де-Куба и в Гаване.

Кстати, улетать с Кубы мне пришлось как раз в самый разгар Карибского кризиса. Тогда в аэропорте Гаваны задерживались все рейсы, а на рейде стояли американские корабли и в любой момент могли открыть огонь! Конечно, было неприятно, но, слава богу, закончилось все благополучно, я вернулся домой, и через пару месяцев мне снова предложили командировку – на этот раз опять в ГДР.

Поработать в Германии, стране с богатыми традициями в области медицины, в том числе спортивной антропологии, было безумно интересно и полезно, поэтому я принял предложение, даже узнав, что отсутствие мое продлится не полгода, как было сказано ректору Рязанского мединститута, а гораздо дольше, и что придется взять с собой семью.

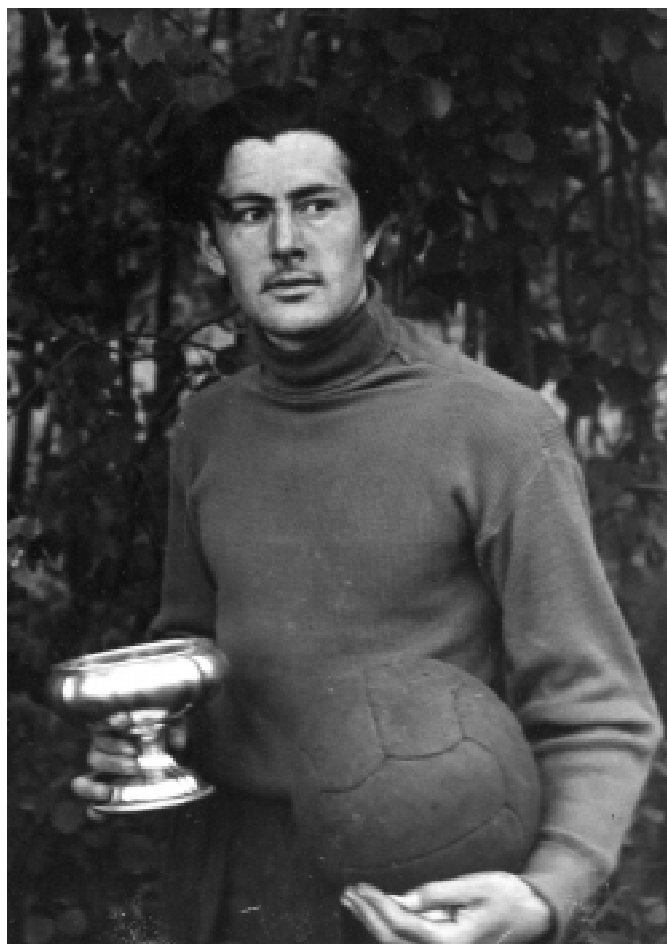
Всегда ли при принятии таких серьезных решений Вас поддерживали Ваши близкие? Ведь дело нешуточное – в ГДР Вы проработали целых 4 года!

Конечно! Моя жена Марина Николаевна всегда была для меня опорой и поддержкой. Наша привязанность друг к другу никогда не давала возникать существенным разногласиям, а любовь с течением времени становилась все крепче. Многие, кстати, не верят в чувство с первого взгляда, но наша с ней история – прямое тому доказательство.

Может быть, Вы расскажете нам эту историю?

Летом 1952 года мы, несколько мастеров команды московского общества «Медик» решили после соревнований в г. Одессе отдохнуть на море у меня дома и на корабле приплыли в Гагры. Каково же было мое разочарование, когда после нескольких дней беззаботной жизни я получил телеграмму от сестры, которая просила меня съездить по одному очень важному для нас делу в Тбилиси! Как ни отпирался, а оставить пляж и друзей все-таки пришлось. Однако, как выяснилось впоследствии, решение это было для меня судьбоносным.

В Тбилиси я приехал рано утром, свободного времени было много, и я решил навестить своего друга и одноклассника Вахтанга Немсадзе. Дома оказалась только его мать, которая предложила мне остаться и подождать сына. Я устроился на балконе и,



Победитель. Межвузовский кубок по футболу выигран. Москва, 1948 год. А. Чоговадзе - вратарь сборной команды 2-го МГМИ по футболу.

пригревшись на солнышке, снял рубашку и увлекся чтением. Тут внезапно распахнулась дверь и в комнату вбежала незнакомая девушка. Естественно, при виде меня в одной майке она так засмузилась, что мгновенно выбежала обратно. Позже я выяснил, что это была подруга Вахтанга, которая заходила его проводить... Так вот: достаточно было одного взгляда, чтобы прекрасная незнакомка запала мне в душу настолько глубоко, что забыть ее я оказался не в силах.

Во второй раз мы увиделись лишь полгода спустя: всего на несколько дней Марина приезжала в Москву, где я в то время учился. Потом мы начали переписываться и через несколько месяцев активного обмена посланиями назначили дату свадьбы.

Не стоит говорить, насколько были возмущены мои родители, узнав, что их сын, едва успев окончить институт, собирается жениться на абсолютно незнакомой им девушке. На этот раз пришла моя очередь уговаривать и проявлять настойчивость, и мама в конце концов согласилась поехать со мной в Тбилиси. Там она пообщалась с Мариной, но на свадьбу все-таки не осталась. Купив невесте обручальное кольцо, мать отдала его мне и со словами «не возражаю» села на поезд и уехала! Ну, а мы благополучно расписались и с тех пор – не разлей вода.

Не разлей вода Вы и со своей альма-матер – 2-м Московским медицинским институтом им. Н.И. Пирогова. В 1977 году Вы вернулись туда и

возглавили кафедру физического воспитания, позже объединенную с кафедрой лечебной физкультуры и врачебного контроля. Удалось ли сформировать хороший коллектив и здесь?

В то время многие кафедральные работники были уже довольно преклонного возраста, некоторые собирались на пенсию. Поэтому первое время на новом месте приходилось довольно трудно: нужно было заниматься научно-исследовательской работой, сотрудников, имеющих ученые степени кандидата или доктора наук, было мало. Именно поэтому я сосредоточился, прежде всего, на подготовке кадров. Понимая, что будущее – за молодежью, старался привлечь в институт молодых, спортивных. Поэтому сейчас добрая половина нашей кафедры – это бывшие спортсмены и лучшие студенты нашего института. Не могу сказать, что кого-то из них я специально к себе заманивал – просто те, кто проявлял интерес к научной работе, приводили своих друзей и так далее.

Молодые люди сами выбирали друг друга, комплектуя единую команду, что, кстати, полностью оправдало себя впоследствии: во времена объединенной кафедры 70-80 % моей энергии уходило на развитие в институте физического воспитания и спорта, а сил для эффективной работы с врачами оставалось мало. И только после того, как я принял решение кафедру разделить, – физическое воспитание и спорт – отдельно, лечебная физкультура и спортивная медицина – отдельно, дела начали налаживаться.

Себя я посвятил второму направлению деятель-

ности, одновременно присоединив к лечебной физкультуре и спортивной медицине преподавание физиотерапии как метода лечения, профилактики и восстановления. А кафедрой физического воспитания начал руководить профессор Михаил Михайлович Рыжак, заслуженный мастер спорта, ватерполист, неоднократный чемпион Советского Союза и Олимпийских игр.

Афанасий Варламович, почему же сейчас кафедры опять объединены?

Все наши слияния и разъединения связаны с производственной необходимостью и интересами научно-исследовательской и педагогической работы. Однажды, как я уже говорил, наступил момент, когда я считал необходимым кафедру разделить. Таким образом мы проработали около 10 лет, и только после того, как руководство кафедрой я передал своему ученику, профессору Борису Александровичу Поляеву, было решено, что интересы реконструкции учебно-спортивного комплекса, а также подготовленных нами молодых кандидатов и докторов наук – тех, кто мог помочь заведующему в расширении дальнейшей научно-исследовательской и лечебно-оздоровительной работы, требуют, чтобы кафедра была снова объединена.

Сам я перешел на должность профессора. Продолжаю преподавать, помогаю диссертантам, но основная моя база – учебно-спортивный комплекс, врачебный контроль за здоровьем студентов.

Действительно, когда-то здоровье студентов было делом государственной важности, и те-



Афанасий Варламович Чоговадзе с женой Мариной Николаевной. 1955 год.

перь его состояние в РГМУ в большой степени зависит от сотрудников кафедры, руководимой проф. Б.А. Поляевым, в том числе и от Вас. Остается ли время для решения других проблем? Как, на Ваш взгляд, обстоят дела на кафедре после Вашего ухода с заведования?

Что касается здоровья студентов и преподавательского состава вуза, то, как показывает практика, оно стало ухудшаться с каждым годом. Среди выпускников школ количество больных детей, хроников катастрофически возросло. И у нас в институте, как и во многих других Вузах, процент так называемой специальной медицинской группы приближается к 40!

Однако в РГМУ в связи с реконструкцией спортивного комплекса, которую широко развернул Борис Александрович Поляев, вновь создаются условия, чтобы поддерживать здоровье студентов и преподавателей вуза на уровне. У нас, например, стали регулярно заниматься даже учащиеся вечернего факультета, которые раньше в принципе были освобождены от какой бы то ни было физической нагрузки. Так что я уверен: с помощью моих учеников и коллег – Б.А. Поляева, Г.Е. Ивановой, А.Н. Лобова, О.А. Лайшевой, В.П. Плотникова, В.Е. Житловского, С.А. Парастаева и других - проблемы будут успешно решаться. По мере своих сил я, конечно, постараюсь что-то им подсказать, поправить и посоветовать, но и так видно: у кафедры большие перспективы.

Афанасий Варламович, а какие у Вас планы на ближайшее будущее?

Моя задача заключается теперь в том, чтобы помогать кафедре. Ее сотрудников я называю своими детьми и очень радуюсь, что многих «первенцев», тех учеников, которые связали со мной судьбу, будучи еще совсем молодыми, мне удалось вывести в люди. Они стали кандидатами и докторами наук, специалистами высшего класса; читают лекции и проводят курсы повышения квалификации по всей стране – в Тюмени, Костроме, Ижевске, Липецке, Твери...

Говорят, что хорош тот директор завода, у которого производство идет и в его отсутствие. Так же и у меня: теперь я могу спокойно уходить с кафедры, и быть совершенно уверенным в том, что качество ее работы не станет хуже: от моего присутствия оно больше не зависит. Но, честно говоря, сам я уйти никогда не смогу, ведь работа – моя жизнь, а с ней так просто не расстаются.

Анастасия Иванова



А.В. Чоговадзе с командой волейболистов на зональных соревнованиях Первенства Минздрава РСФСР. Рязань. 1972 год.



Выступление профессора А.В. Чоговадзе на научном форуме РеаСпоМед 2003, Москва, Центральный дом художника, 2003 г.

МЕДИЦИНСКАЯ МОЛОДЕЖНАЯ НАУКА – 2004

День молодежной науки Российского государственного медицинского университета – Пироговская студенческая научная конференция – 2004

18 марта 2004 года в Российском государственном медицинском университете в рамках Дня молодежной науки состоялась Пироговская студенческая научная конференция. Вот и свершилось это событие, к которому мы готовились и ждали целый год! Жизнь наша устроена непредсказуемо и всё меняется так скоротечно, что можно не успеть. Что день грядущий нам готовит?

Одним из признаков качества работы, является стабильность. Стабильность с нашей стороны проявилась на 100%. Но наши коллеги оказались не так постоянны в своих пристрастиях. Перечень адресов, которые мы увидели в этом году, стал для нас приятной неожиданностью. Все они были старыми знакомыми, которым нравимся мы, и которые нравятся нам. А взаимная любовь – это о чем мечтает каждый, но достигает не всегда, а мы достигли. В этом году была прислана 451 заявка на участие в конференции. Человек умеет думать, говорить, читать, и писать. По заявкам на конференцию мы поняли, что говорить и писать любят поровну. Что же, мы любим



Ректор РГМУ академик РАМН профессор В.Н. Ярыгин обращается с приветственным словом к участникам Пироговской студенческой научной конференции – 2004



Торжественное открытие Пироговки - 2004

слушать. На устное выступление нами была получена 231 заявка, и 22 человека изъявили желание выступить со стендовым докладом. Если провести параллель с хорошим рестораном, то мы могли убедиться, что в нашем «ресторане» были блюда удовлетворяющие вкус любого гурмана. Итак, блюдо номер 1 – секция «Хирургия», 64 заявки на устное выступление; блюдо 2 – секция «Хирургия молодые ученые», 58 заявок; блюдо 3 – секция «Педиатрия», 56 заявок; блюдо 4 – секция «Детская хирургия», 22 заявки; блюдо 5 – секция «Организация здравоохранения» – 27 заявок; блюдо 6 – секция «Терапия», 62 заявки; блюдо 7 – секция «Акушерство-гинекология», 54 заявки; блюдо 8 – секция «Медико-биологические проблемы», 110 заявок.

В глобальной сети появился специальный сайт, посвященный конференции www.pirogovka.ru. Во

время конференции работала выставка фармацевтических компаний, медицинской техники и литературы.

Если сложить километры, которые надо проехать из одного вуза - участника нашей конференции в другой, то можно не успеть. А на Пироговской конференции за день можно совершить виртуальное путешествие. Ведь в конференции приняли участие представители 54 вузов России, от Владивостока до Калининграда, а также вузы Белоруссии, Украины, Молдовы, Туркменистана, Узбекистана.

А как же всевидящее око руководства нашего Университета? Естественно, организаторам конференции – Студенческому научному обществу была оказана огромная помощь со стороны администрации



Во время проведения конференции работала выставка фармацевтических компаний, медицинской техники и литературы



За работой жюри секции «Терапия». Слева направо: член-корр. РАМН проф. Г.И. Сторожаков, проф. Н.А. Шостак, проф. Г.П. Арутюнов

и профессорско-преподавательского состава РГМУ. А еще отдельная благодарность спонсорам конференции: генеральному - фармацевтической компании «Солвей Фарма»; главному - независимой лаборатории «Инвитро»; а также «М.П.А. Медицинские партнеры», Издательскому дому «Практика», журналу «Лечащий врач», фармацевтической компании «Шеринг», «РЛС. Регистр лекарственных средств», группе компаний «Ремедиум», журналу «Медицинская кафедра», газете «Больница», Русской хирургической сети. Искреннее всем спасибо за поддержку и понимание!

Надеемся, что Пироговская студенческая научная конференция останется еще долгое время хорошей и нужной традицией РГМУ, собирающей в стенах на-

шей альма-матер молодых ученых-медиков.

И несмотря на то, что Пироговка-2004 только закончилась, мы уже ждем следующую и приглашаем Вас принять участие в Пироговской студенческой научной конференции – 2005.

Елена Белова, член Совета студенческого научного общества РГМУ



На торжественном открытии конференции. Слева направо: академик РАН и РАМН проф. В.С. Савельев, член-корр. РАМН проф. В.В. Банин, академик РАМН ректор РГМУ проф. В.Н. Ярыгин

Третья международная научная конференция студентов и молодых ученых

“АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, ФИЗИОТЕРАПИИ И КУРОРТОЛОГИИ”

Российский государственный медицинский университет, Москва, Апрель 23, 2004 г.

Уважаемые коллеги!

Студенческий научный кружок реабилитации и спортивной медицины совместно со Студенческим научным обществом Российского государственного медицинского университета организует в Москве 23 апреля 2004 года Третью международную научную конференцию студентов и молодых ученых “Актуальные вопросы спортивной медицины, лечебной физической культуры, физиотерапии и курортологии”.

Цель конференции - собрать вместе молодых ученых и студентов-единомышленников медицинских и спортивных вузов и учреждений разных городов и стран, познакомиться и пообщаться с людьми нашей специальности, выступить со своими докладами и выслушать ваши.

Для участия в конференции необходимо прислать тезисы и заявку до 5 апреля 2004 года по почте (117997, Москва, ул. Островитянова, д.1, РГМУ, кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры) и по электронной почте: snk@sportmed.ru.

Мы будем искренне рады Вашему участию в конференции!

С уважением,

ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

СНО РГМУ, СНК РЕАБИЛИТАЦИИ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ РГМУ

Дорогие читатели «Журнала РАСМИРБИ»!

К появившимся в прошлом номере нашего журнала новым рубрикам «КАФЕДРЫ» и «ВЫДАЮЩИЕСЯ ЛИЧНОСТИ В ИСТОРИИ НАШЕЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ» прибавляется новая рубрика «ВФД», где будет размещаться информация о Врачебно-физкультурных диспансерах и оздоровительных центрах - опоре нашей службы и специальности в регионах России. Подобная информация будет весьма полезной и найдет правильный отклик в нашей читательской аудитории.

Выпускающий редактор «Журнала РАСМИРБИ» И. Т. Выходец

ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНЫЙ ДИСПАНСЕР РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ – НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

История врачебно-физкультурной службы Ростовской области берет свое начало с 1947 года, когда в сложный послевоенный период в г. Ростове-на-Дону были созданы 2 врачебно-физкультурных центра (областной и городской). Через 3 года они были реорганизованы в диспансеры, а 1 июня 1959 года принято решение об их объединении в рамках Ростовского областного врачебно-физкультурного диспансера.

В 1982 г. было завершено строительство нового здания диспансера, получившего название – «Дворец здоровья».

В 2001 году, в соответствии с новой номенклатурой медицинских учреждений, диспансер получил название - ГУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер» Ростовской области (ГУЗ «ВФД» РО).

За более чем полвека своего существования диспансер превратился в современный многопрофильный спортивно-медицинский и реабилитационный центр, оказывающий помощь ростовчанам и жителям области по 37 врачебным специальностям. Если к моменту образования штаты диспансера составляли 28 должностей врачей и средних медработников, то в настоящее время они представлены 589,24 единицами, из них 154 ставками врачей и 226 - средних медработников. Среди врачей 17 кандидатов наук, 67,3 % - имеют высшую и первую квалификационные категории, 88,5 % - сертификаты специалистов, 3 врачам присвоено звание «Заслуженный врач РФ», 17 специалистов награждены почетным



Главный врач ГУЗ Врачебно-физкультурный диспансер Ростовской области, Заслуженный врач Российской Федерации, к.м.н. Сергей Владимирович Ходарев

знаком «Отличник здравоохранения», 27 – «За заслуги в развитии физической культуры и спорта».

Основными структурными подразделениями диспансера являются:

1. Блок спортивной медицины, включающий отделения:

- спортивной медицины и реабилитации подростков;
- врачебного контроля за детьми, занимающимися физической культурой и спортом;
- медицинскую службу Училища олимпийского резерва с дневным стационаром.

2. Лечебно-диагностический блок в составе:

- хирургического стационара;
- терапевтических отделений № 1 и № 2 с дневным стационаром;
- поликлинического хирургического отделения с дневным стационаром;
- отделения функциональной диагностики;
- клиничко-диагностической лаборатории;
- отделения ультразвуковой диагностики;
- рентгенологического и эндоскопического кабинетов.

3. Реабилитационный блок с отделениями:

- лечебной физкультуры и кинезотерапии;
- физиотерапии и массажа;
- мануальной терапии с автоматизированным компьютерным комплексом рефлексотерапии;
- медицинской реабилитации детей с дневным стационаром.

4. Организационно-методический отдел.

5. Отдел АСУ.

На базе диспансера на функциональной основе организованы областные центры:

- медицинской реабилитации взрослого и детского населения;
- медицинской реабилитации участников локальных военных конфликтов, членов их семей и семей погибших воинов;
- мануальной терапии.

Спортивная медицина является приоритетным направлением деятельности учреждения. Это отвечает в полной мере задачам, стоящим перед спортивным движением страны - быть лучшими в мире. Ростовская область была и остается ведущим спортивным регионом страны и уровень медицинского обеспечения ведущих спортсменов в определенной степени способствовал и соответствовал

престижу Донского спорта.

Под наблюдением специалистов диспансера находится более 19000 взрослых и юных спортсменов, лиц, занимающихся массовой физкультурой и спортом, за которыми осуществляется диспансерное наблюдение, включающее углубленные и этапные клиничко-физиологические обследования, врачебно-педагогический контроль, лечебно-профилактические, оздоровительные и восстановительные мероприятия, санитарный контроль в местах тренировок и проведения спортивно-массовых мероприятий, обслуживание соревнований и учебно-тренировочных сборов и др.

Основы этой стройной системы медицинского обеспечения физической культуры и спорта закладывались возглавлявшим диспансер около 30 лет заслуженным врачом Российской Федерации Б.Л. Утевским, его сподвижниками В.Н. Сергеевым, И.А. Иоаннисян и др. В диспансере разработана и внедрена система активного участия медиков в управлении тренировочным процессом (Л.П.Разумова, О.П.Горбанева), позволяющая на основе анализа объективной информации о динамике спортивной работоспособности, функциональном состоянии организма, степени восстановления после экстремальных физических и психических нагрузок соревновательного характера, выдавать тренеру необходимые рекомендации.

Политический и экономический кризис, разразившийся в стране в 90-х годах и отрицательно сказавшийся на состоянии физической культуры и спорта, не мог не повлиять на характер деятельности диспансера. Переход к системе обязательного медицинского страхования, уменьшение числа занимающихся физкультурой и спортом вызвал необходимость коррекции деятельности врачебно-физкультурной службы, в частности, это выразилось в интенсивном развитии реабилитационного направления.

Администрация и министерство здравоохранения Ростовской области в этих непростых условиях сделали все возможное для сохранения областного диспансера и сети службы, ее кадрового потенциала, накопленного опыта работы по медицинскому обеспечению спортсменов, реабилитации, оздоровлению и профилактике заболеваний среди населения Дона. При этом ГУЗ «ВФД» РО функционирует в системе обязательного медицинского страхования. Именно в этот период возглавил диспансер опытный и энергичный руководитель кандидат медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации Сергей Владимирович Ходарев. Придавая большое значение сохранению всего положительного, что было наработано в предшествующий период, особое внимание было уделено поиску перспективных направлений деятельности, дающих возможность реализовать потенциал диспансера в новых условиях. В диспансере активно разрабатываются современные реабилитационные программы, диспансер получает статус областного медицинского реабилитационного центра для взрослого и детского населения, из лечебных учреждений на реабилитацию в ВФД РО направляются больные, перенесшие тяже-



лые заболевания, травмы, страдающие хроническими недугами. В реабилитационном процессе, наряду с классическими методами лечения, все шире применяются средства традиционной и народной медицины. Дополняя друг друга, они значительно повышают эффективность, сокращают сроки восстановления после заболеваний, травм, физических и тренировочных нагрузок, и поэтому нашли широкое применение также в практике работы со спортсменами. Министерство здравоохранения области рассматривает медицинскую реабилитацию, являющуюся на данном этапе приоритетным направлением деятельности врачебно-физкультурной службы, как неотъемлемое звено в системе медицинской помощи, способствующее сокращению сроков нетрудоспособности работающего населения, снижению показателей выхода на инвалидность, восстановлению здоровья детей и подростков.

На протяжении многих лет создавалась уникальная лечебно-диагностическая база диспансера: новейшим оборудованием оснащались специализированные кабинеты, отделения функциональной и ультразвуковой диагностики, эндоскопический кабинет, лабораторное отделение, в составе которого биохимическая и иммунологическая лаборатории обеспечивают на самом современном уровне медицинский контроль за спортсменами и реабилитационный процесс.

Повышению качества медицинского обслуживания спортсменов способствует внедрение эффективных методов диагностики и лечения, среди которых такие как компьютерная термография, УЗИ сердца и внутренних органов, электропунктурная диагностика по Фоллю, биохимические и иммунологические исследования, рефлексотерапия, биорезонансная терапия и многое другое. Диагностический комплекс «Олимп» позволяет проводить углубленное медицинское обследование спортсменов с помощью новейших экспресс-методов.

В хирургическом стационаре (А.Г.Лымарь) применяются преимущественно малотравматичные, хирургические методы лечения с использованием современной эндоскопической аппаратуры, позволяющей производить малоинвазивные хирургические вмешательства на суставах при заболеваниях и травмах (диагностическая и лечебная артроскопия, менискэктомия, пластика крестообразных связок коленного сустава и др.). Высокоэффективны опера-

ции на венах нижних конечностей при осложненных формах варикозной болезни и посттромбофлебитическом синдроме. Теперь спортсмены, нуждавшиеся в направлении на дорогостоящее хирургическое лечение за рубеж и в центральные медицинские учреждения, имеют возможность получить ее в специализированном учреждении – ГУЗ «ВФД» РО.

В высоких достижениях спортсменов Дона значительную роль играют комплексные научные группы (В.П. Фитингоф), создаваемые на базе диспансера в период подготовки к ответственным спортивным соревнованиям из числа наиболее квалифицированных специалистов в области медицины, физической культуры и спорта и активно участвующие в управлении тренировочным процессом.

Группа высококвалифицированных спортивных врачей диспансера постоянно привлекается к работе со сборными командами России. Т.Г. Елизарова в течение 12 лет является врачом сборной команды страны по легкой атлетике, входила в состав комплексной научной группы, координирующей подготовку многих выдающихся атлетов к крупнейшим международным стартам.

В настоящее время в 17 Центрах Олимпийской подготовки, где занимаются ведущие спортсмены – кандидаты в сборную команду страны, успешно трудятся врачи В.И. Милейко, М.Г. Макарова, Л.П. Вдовенко, О.А. Победенная.

Отделением спортивной медицины и реабилитации подростков осуществляется врачебный контроль за студентами вузов г. Ростова-на-Дону, занимающимися физической культурой и спортом.

Одним из новых направлений этого отделения, обусловленный работой в системе ОМС, является медицинская реабилитация подростков средних учебных заведений, включающее ЛФК, массаж, рефлексотерапию, визуальную цветостимуляцию, чрезкожную электростимуляцию зрительного анализатора, фотоиридо- и биорезонансную, СКЭНАР – и фитотерапию, гомеопатию, психокоррекцию.

Юные спортсмены, воспитанники детско-юношеских спортивных школ относятся к самой многочисленной группе, из числа находящихся под наблюдением. Для работы с этим контингентом в структуре диспансера выделено специальное отделение – врачебного контроля за детьми, занимающимися физической культурой и спортом (Е.С. Тертышная). В последние годы, в связи с ухудшением состояния здоровья подрастающего поколения, возрастает роль спортивных врачей, осуществляющих наблюдение за детскими спортивными школами. Зачастую возникает необходимость в проведении не только отбора для занятий тем или иным видом спорта, но и реабилитационных и оздоровительных мероприятий на этапе начальной подготовки. В диспансере с успехом применяются индивидуальные программы курсовой реабилитации для юных спортсменов, имеющих отклонения в состоянии здоровья.

Особое место в работе диспансера занимает медицинская служба училища Олимпийского резерва (Л.А. Дрижика), где под наблюдением находятся более 600 юных спортсменов. Рациональный режим учебы, тренировочного процесса в этом учреждении





создает необходимые условия для работы с резервом большого спорта, подготовки будущих чемпионов. Врачи медицинской службы УОР работают в тесном контакте с тренерско-преподавательским коллективом, имеют возможность ежедневно наблюдать за своими подопечными и это приносит свои плоды. Немало воспитанников Ростовского УОР входят в элиту Российского и Мирового спорта, составляют его славу и гордость.

Проведенная реконструкция УОР позволила вернуть на его базе медико-восстановительный центр.

Диагностический блок оснащен электрокардиографом и электроэнцефалографом с компьютерным программным обеспечением, портативным анализатором газов крови и электролитов, биохимическим и гематологическим анализаторами. В составе лечебного блока функционируют педиатрический, хирургический, стоматологический и процедурный кабинеты, дневной стационар на 4 койки, позволяющий в большинстве случаев избежать госпитализации в городские ЛПУ. Реабилитационный блок располагает: залом ЛФК, комбинированной установкой для подводного массажа, вихревыми ваннами для верхних конечностей, душевой кафедрой, комплексом для тепло-грязелечения. Имеются сухие углекислые ванны, ингаляторы, практически все виды аппаратной физиотерапии, в том числе для компрессионного массажа, электродиагностики и электростимуляции мышц, гальванотерапии и др. Тем самым создана современная материально-техническая база, позволяющая на базе современной аппаратуры и внедрения прогрессивных медицинских технологий, обеспечивать задачи медицинского обеспечения подготовки спортсменов высокого класса.

В связи с проведением в г. Афины (Греция) XXVIII летних Олимпийских игр (2004) особое внимание уделено спортивно-медицинскому направлению в деятельности диспансера с целью создания оптимальных условий для обеспечения медицинских аспектов подготовки Донских атлетов, входящих в сборные команды РФ.

В Ростовской области к Олимпиаде проходят подготовку более 200 ведущих спортсменов по 23 видам спорта.

В ГУЗ «ВФД» РО разработана единая научно-методическая стратегия медико-биологического обеспечения подготовки спортсменов-олимпийцев на всех этапах от училища Олимпийского резерва,

ШВСМ до Центров олимпийской подготовки.

Реабилитационный блок ГУЗ «ВФД» РО по широкому направлению, оснащенности является одним из лучших в области, ежегодно охватывая комплексной медицинской реабилитацией свыше 20 000 человек.

К услугам пациентов отделения лечебной физкультуры и кинезотерапии (Л.В. Ермакова) – залы лечебной гимнастики, 2 бассейна для взрослых (гидрокинезотерапия, горизонтальное и вертикальное подводное вытяжение), один детский, термотерапия, водолечебный блок с душевым залом и широким ассортиментом ванн (подводного душа-массажа, вихревые, жемчужные, суховоздушные углекислые и радоновые), гидротерапия толстого кишечника, многофункциональная терапевтическая «Капсула здоровья» и др.



Центр мануальной терапии (С.В. Гавришев) на основе оригинальных методик осуществляет высококвалифицированную медицинскую и психологическую помощь по восстановлению трудоспособности больных, развитию функциональных возможностей и компенсаторных механизмов пациентам со сложной вертеброгенной патологией. В течение года комплексная терапия в центре проводится более чем 2000 пациентам, при этом эффективность составляет 85-90 процентов и в большинстве случаев позволяет избежать оперативного вмешательства.



Автоматизированный компьютерный комплекс рефлексотерапии (Н.К. Ходарева) – единственный в Южном Федеральном округе – объединяет достижения многовековой традиционной медицины с пре-

имуществами компьютерной техники. Данная высокая лечебно-диагностическая технология была внедрена в диспансере по инициативе Губернатора области В.Ф. Чуба и сделала возможной оказание эффективной помощи при более чем 100 заболеваниях у взрослых и детей. Специальные диагностические методики позволяют выявить состояние органов и систем организма, провести дифференцированное лечебное воздействие с помощью методов рефлексотерапии, составить индивидуальный рецепт пациента, оценить эффективность терапии. С момента организации на комплексе пролечено более 10 тысяч взрослых и детей, здесь проходят реабилитацию спортсмены до и после ответственных соревнований. Эффективность восстановительной терапии составляет 95-97 %. Наиболее высокие результаты получены в лечении больных с заболеваниями сердца и сосудов, позвоночника, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта.

Отделение медицинской реабилитации детей (Т.М. Поддубная) оказывает специализированную помощь детям от одного месяца до 18 лет. Реабилитация осуществляется по направлениям: иммунология-аллергология, неврология, пульмонология, кардиология, гастроэнтерология, эндокринология, нефрология. По показаниям проводятся курсы психокоррекции. В отделении функционирует дневной стационар. Широко применяется оборудование: небулайзер, хелпер, приборы для соляных ингаляций, рефлексотерапии, локальной термо-, магнито-, инфитотерапии. Практикуется медицинская реабилитация непосредственно в детских дошкольных учреждениях, домах ребенка. Постоянно действуют школы для родителей и детей: «аллергия и астма», «тревожный ребенок», «часто болеющий ребенок» и др.

Показателями эффективности медицинской реабилитации в диспансере служат следующие цифры: возврат к труду травматологических больных достигает 87%, постинфарктных больных – 92%, при вертеброгенной патологии – 89%, временная утрата трудоспособности при заболеваниях органов дыхания снизилась на 30%. Свыше 90% детей и подростков, проходящих реабилитацию в кабинете биокоррекции зрения, заканчивают курс с улучшением.

Отдел автоматизированных систем управления диспансера (Н.Н. Никитенко, М.А. Бессольцев) разрабатывает собственное программное обеспечение и эксплуатирует готовое, ведет работу по созданию и развитию локальных систем, объединяющих рабочие места регистратуры, планово-экономического и организационно-методического отделов, бухгалтерии, отдела кадров, администрации, врачей-специалистов. Для обработки статистической и отчетной информации используются автоматизированные системы персонифицированного учета и анализа выполненных медицинских услуг. Всего в диспансере эксплуатируется свыше 90 единиц электронно-вычислительной техники.

ГУЗ «ВФД» РО осуществляет организационно-методическое руководство врачебно-физкультурной службой области, которая была сохранена и в настоящее время функционирует в составе: 6 городских ВФД, 5 врачебно-физкультурных отделений, реор-

ганизированных из городских ВФД, а также 127 кабинетов ЛФК в составе ЛПУ. Под их наблюдением находится более 60 000 лиц, занимающихся физической культурой и спортом, в кабинетах лечебной физкультуры ежегодно проходят лечение около 120 000 больных.

На уровне области и на местах решаются задачи укрепления врачебно-физкультурной службы области, повышения квалификации ее кадров, содействия развитию лечебной физкультуры и спортивной медицины в практике работы ЛПУ области. По результатам анализа деятельности диспансеров и кабинетов ежегодно готовятся информационные письма, в которых подводятся итоги и определяются направления деятельности службы на предстоящий период в свете актуальных задач по пропаганде здорового образа жизни, оздоровлению населения средствами физкультуры и спорта, расширения использования методов реабилитации в практике работы ЛПУ.

Разработанные ранговые таблицы показателей по ЛФК и спортивной медицине позволяют проводить сравнительный анализ деятельности учреждений здравоохранения территорий области.

В качестве учебной базы, диспансер сотрудничает с Ростовским государственным медицинским университетом, областным училищем повышения квалификации средних медработников по подготовке специалистов по различным направлениям медицинской реабилитации, лечебной физкультуры и спортивной медицины, медицинского массажа для ЛПУ области. Ежегодно на базе ВФД РО проходит подготовку свыше 150 медицинских работников.

За период 1998-2003 гг. сотрудниками диспансера подготовлено методических и информационных материалов 53 наименований, из них 9 работ на уровне монографий и учебно-методических пособий.

В 1998 году Государственное учреждение здравоохранения «Врачебно-физкультурный диспансер» Ростовской области первым среди медицинских учреждений страны стал лауреатом конкурса Премии Правительства РФ в области качества.

Подтверждением этого высокого звания стало признание диспансера победителем социально-экономического конкурса «Народный стандарт – 2003» среди медицинских и оздоровительных учреждений.

Свидетельством высокой оценки деятельности областного диспансера стало решение Министерства здравоохранения РФ о проведении на его базе в 2002 году IV Всероссийского съезда специалистов по лечебной физкультуре и спортивной медицине, послужившего определенным импульсом дальнейшего развития и совершенствования работы учреждения.

Вопросы, рассматриваемые на съезде, присутствие ведущих ученых и практиков - специалистов спортивной медицины и лечебной физкультуры Российской Федерации и ряда стран СНГ, привлекло внимание Администрации области к проблемам ВФД РО, накопившимся в нелегкие годы реформирования здравоохранения.

Развертывание новых структурных подразделе-

ний, создание оптимальных условий для их деятельности, комфортных условий для работы персонала и пребывания в диспансере пациентов, увеличение их числа встречало определенные трудности, так как имеющиеся производственные площади не отвечали новым требованиям.

Все сказанное послужило основанием для принятия Администрацией Ростовской области решения о проведении реконструкции здания диспансера.

Проектом предусматривается надстройка двух этажей над одноэтажной частью здания с частичной реконструкцией первого и цокольного этажей. На втором этаже надстройки будут располагаться кабинеты специализированного приема врачей, палаты со всеми удобствами терапевтического стационара, отделения УЗИ, эндоскопическое и др. На третьем этаже предусматривается размещение отделения лечебной физкультуры: 2 зала ЛФК площадью 200 кв.м и 150 кв.м, зал для индивидуальных занятий лечебной гимнастикой – 40 кв.м, кабинеты врачей и методистов ЛФК. Общая площадь надстраиваемой части 2300 кв.м. Кроме того, дополнительные площади позволяют улучшить условия других лечебно-

диагностических и реабилитационных отделений. Завершение работ планируется в 2004 году.

В Ростовской области накоплен немалый опыт взаимодействия органов здравоохранения и физической культуры и спорта, образования в деле укрепления здоровья и совершенствования физического развития жителей области. Связующим и координирующим звеном здесь выступает врачебно-физкультурная служба. Намерения Президента России В.В. Путина взять курс на оздоровление нации позволяет говорить о том, что настало время возродить культ здоровья в обществе на основе новых знаний и современных технологий. В реализации медицинской составляющей поставленной задачи важную роль призваны сыграть врачебно-физкультурные диспансеры, совершенствуя формы и методы медицинского обеспечения массовой физической культуры и спорта, как неотъемлемого элемента здорового образа жизни современного общества.

Главный врач ГУЗ ВФД РО, Заслуженный врач РФ, к.м.н. С.В. Ходарев

РУБРИКА «КАФЕДРЫ»

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА

Начало преподавания физиотерапии в Женском медицинском институте относится к 1900 году, когда профессор А.А. Лихачев впервые прочитал курс лекций по физиотерапии в рамках преподавания фармакологии. С 1901 по 1906 год курс лекций по физическим методам лечения читал профессор В.А. Штанге. Много внимания он уделял изучению отечественных курортов.

Практические занятия по физиотерапии в институте впервые были введены в 1925 году и проводились под руководством ассистента кафедры фармакологии и физиотерапии И.Т. Теплова. В 1930 году курс физиотерапии был реорганизован в самостоятельную кафедру, которой руководил до 1932 года профессор Я.И. Периханянц, а с 1932 по 1937 год доцент О.К. Карапетян.

В 1938 году на должность заведующего курсом физиотерапии был приглашен профессор Е.Т. Залькиндсон, который, несмотря на небольшой срок пребывания в этой должности (до 1940 г.), сделал очень много для преподавания физиотерапии и курортологии в институте. В эти же годы было организовано большое физиотерапевтическое отделение при поликлинике института, объединившее все физиотерапевтические кабинеты различных кафедр.

В послевоенный период (1945/46 учебный год) физиотерапия вновь была включена в учебный план института.

С 1945 по 1955 год курсом физиотерапии занимался Г.Л. Магазанник, с 1955 по 1972 год доцент К.Ф. Гришина, с 1972 по 1987 год доцент И.И. Шеметило.

Преподавание врачебного контроля и лечебной физкультуры берет свое начало в 1934 году, когда в институте впервые была организована самостоятельная кафедра физической культуры и врачебного контроля. Первым ее заведующим был врач, кандидат медицинских наук доцент С.Ф. Баронов. Позднее этой кафедрой заведовали врач А.Е. Шифрановский, старшие преподаватели А.А. Рамш и И.В. Жабреева.

В 1950 году кафедру возглавил врач, кандидат медицинских наук доцент Юрий Иосифович Данько. В этот период наряду с совершенствованием педагогического процесса по физическому воспитанию студентов кафедра стала активно развивать клиническую направленность в преподавании врачебного контроля и лечебной физкультуры. В работу терапевтических, хирургических клиник и клиники нервных болезней стала интенсивно внедряться лечебная физкультура. Дальнейшее практическое и научное развитие получил и врачебный контроль за физическим воспитанием студентов института. Значительно возросла роль кафедры и в подготовке кадров по врачебному контролю и лечебной физкультуре через клиническую ординатуру и аспирантуру. В этот период на кафедре работали доценты Ю.И. Кузнецов, В.С. Лебедева, ассистенты Т.А. Евдокимова, А.Н. Нечаева. Заведующий кафедрой доцент Ю.И. Данько в 1958 году, впервые на подобной кафедре, защитил докторскую диссертацию и получил звание профессора.

Все это и предопределило необходимость создания в институте самостоятельной клинической ка-



федры врачебного контроля и лечебной физкультуры, что в итоге и произошло. В 1962 году по решению учебного совета института кафедра физической культуры и врачебного контроля была преобразована в две кафедры: кафедру физического воспитания и спорта, которую возглавил педагог Н.А. Лебедев, и первую в нашей стране специализированную клиническую кафедру лечебной физкультуры и врачебного контроля, которую возглавил профессор Ю.И. Данько.

В этом же году кафедра врачебного контроля и лечебной физкультуры организационно и методически возглавила работу отделения ЛФК клиник института, в котором работали 18 методистов-инструкторов по ЛФК. Участие в учебном процессе опытных методистов (Е.Н. Главдецкая, Т.Г. Наумова, Г.Я. Рывлина, В.И. Хитрова, В.В. Петрова и др.) позволило в значительной степени усилить клиническую направленность в преподавании студентам врачебного контроля и лечебной физкультуры.

В 1972 году при ГУУЗ Министерства здравоохранения СССР была создана Центральная проблемная учебно-методическая комиссия по физическому воспитанию, врачебному контролю и лечебной физкультуре. Председателем этой комиссии был избран профессор Ю.И. Данько. В этот период на кафедре активно проводилась научная работа по физиологии физических упражнений и мышечной деятельности человека, возрастным особенностям адаптации организма к физической нагрузке и по применению ЛФК в кардиологии, пульмонологии и неврологии. Результаты работ докладывались на различных всесоюзных съездах, международных конгрессах (1973, 1975, 1979, 1981). Сотрудниками и аспирантами кафедры было выполнено более 300 научных работ, защищено 28 кандидатских диссертаций целевыми аспирантами из России, Казахстана, Туркмении, Дагестана, Литвы и других республик. При консультативной помощи профессора Ю.И. Данько выполнены и защищены 4 докторские диссертации. Вышли из печати монография доцента В.С. Лебедевой ЛФК при инфарктах миокарда (1974), монография профессора Ю.И. Данько «Очерки физических упражнений» (1974), сборник трудов кафедры «Адаптация кровообращения и дыхания к физической нагрузке у больных и здоровых» (1975), а также методические разработки по ЛФК (при инфарктах миокарда - В.С. Лебедева; ЛФК при операциях на легких и на сердце - А.Н. Нечаева; остеохондрозе позвоночника - В.В. Петрова; хронических неспецифических заболеваниях легких - Ю.И. Данько, Е.И. Главдецкая, Г.Я. Рывлина). В кинолаборатории института были созданы учебные кинофильмы: ЛФК при инфарктах миокарда и при операциях на сердце, ЛФК при компрессионных переломах позвоночника, ЛФК при гемипарезах после острого нарушения мозгового кровообращения.

С 1977 по август 1980 года (в связи с переходом профессора Ю.И. Данько на должность профессора-консультанта) исполняющим обязанности заведующего кафедрой был доцент Ю.И. Кузнецов. В этот период продолжалось совершенствование преподавания, настойчиво расширялась самостоятельная учебно-исследовательская работа студентов, которая стала занимать 60% учебного времени. Были внедрены технические средства обучения, программированный контроль знаний. Подготовка кадров через клиническую ординатуру и аспирантуру на кафедре временно была ограничена.

С сентября 1980 по 1992 год кафедрой заведовал

профессор В.П. Правосудов. В учебном процессе был обобщен накопленный кафедрой опыт учебно-методической работы и впервые были опубликованы методические пособия по ЛФК для терапевтов, хирургов и акушеров, а также для стоматологов. Уточнены функциональные обязанности и характер лечебной работы сотрудников кафедры и отделения ЛФК клиник. Кафедра получила просторное помещение в новом спортивном комплексе. Это позволило развернуть функциональную диагностическую лабораторию и оживить работу по консультативно-диагностическому центру при поликлинике института.

Расширились связи и с практическим здравоохранением. На кафедре вновь оживилась работа по подготовке кадров через клиническую ординатуру и аспирантуру.

В 1987 году произошло объединение кафедр врачебного контроля и лечебной физкультуры с курсом физиотерапии. Кафедра получила новое название - Кафедра физических методов лечения и спортивной медицины. Через аспирантуру были подготовлены 4 ассистента: два по врачебному контролю и лечебной физкультуре и два по физиотерапии.

В 1991 году Высшей аттестационной комиссией при 1-м Ленинградском медицинском институте был утвержден диссертационный Совет по специальности «Лечебная физкультура и спортивная медицина». Возглавил Совет заведующий кафедрой физических методов лечения и спортивной медицины профессор В.П. Правосудов. В работе совета принимали активное участие и профессор Т.А. Евдокимова, в настоящее время возглавляющая кафедру. За истекший период по 2000 год в совете защищены 6 докторских и 19 кандидатских диссертаций, в том числе сотрудниками кафедры были защищены: докторская диссертация (доцент В.И. Соболевский, 1991) и 3 кандидатские диссертации (ассистенты: С.В. Андреев, 1991; М.Д. Дидур, 1991; И.В. Юрков, 1993).

Создание единственного в России факультета спортивной медицины, который начал свою работу при 1-м Ленинградском медицинском институте в 1991 году, также происходило при непосредственном организационном и методическом участии кафедры. С 1992 года и по настоящее время кафедру возглавляет доктор медицинских наук профессор Татьяна Александровна Евдокимова. За этот период коллективом кафедры выполнен большой объем организационной, научной и методической работы.

Усилиями сотрудников кафедры и отделения лечебной физкультуры была восстановлена работа Городского научного общества по лечебной физкультуре, председателем которого была избрана профессор Т.А. Евдокимова. По заказу Государственного комитета по высшему образованию кафедрой разработан Всероссийский образовательный стандарт по специальности «Лечебная физкультура и спорт». Сотрудниками кафедры также разработаны городские стандарты оценки качества оказания специализированной медицинской помощи (лечебная физкультура, физиотерапия, спортивная медицина). Коллектив кафедры осуществляет всю работу в Санкт-Петербурге по аккредитации служб лечебной физкультуры, физиотерапии и спортивной медицины. Логическим завершением организационных усилий коллектива кафедры стало создание в 1996 году при СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова межклинического Центра реабилитации. Значительно укрепились связи с практическим здравоохранением и в 1996 году кафедра имела договоры со всеми ведущими медицинскими учреждениями

города. В 1996 году на кафедре развернута работа по сертификации специалистов по лечебной физкультуре, спортивной медицине и физиотерапии.

В 1999 году М.Д. Дидур защитил докторскую диссертацию, на следующий год получил звание профессора. С 2001 г. он является деканом факультета спортивной медицины и главным специалистом по лечебной физкультуре и спортивной медицине Санкт-Петербурга.

В 2002 г. защитил докторскую диссертацию доцент И.В. Юрков. В 1999-2002 гг. защитили кандидатские диссертации 2 ассистента кафедры и 6 соискателей.

В настоящее время кафедра физических методов лечения и спортивной медицины является одной из ведущих в России по своему научному и педагогическому потенциалу. На кафедре работают 4 доктора медицинских наук, 3 из них имеют звание профессоров, 4 доцента и 4 ассистента.

Учебная работа кафедры по направлениям физиотерапия, лечебная физкультура и спортивная медицина ведется со студентами 4-го и 5-го курсов лечебного факультета, 3-го, 4-го и 6-го курсов факультета спортивной медицины, 3-го и 4-го курсов стоматологического факультета. Учебные базы кафедры: 4 учебных класса в помещении кафедры, 8 клиник университета и поликлиника (кабинеты ЛФК и физиотерапии), НИИ травматологии; НИИ протезирования; 1 консультативно-диагностический центр, городской и 3 районных врачебно-физкультурных диспансера, Спортивный интернат.

На кафедре преподаются элективные курсы: Медицинское обслуживание соревнований; мануальная терапия в лечебной физкультуре; электростимуляция в практике врача-физиотерапевта.

В последнее время кафедрой выпущены учебные пособия и рекомендации:

1) Пособие по динамической анатомии опорно-двигательного аппарата для изучающих мануальную медицину. Совместно с кафедрой нормальной анатомии, 1998 г. 2) Функциональная анатомия опорно-двигательного аппарата (суставы и мышцы). Совместно с кафедрой нормальной анатомии, 1998 г. 3) Варикозное расширение вен, 1999 г. 4) Лечебная физкультура при оперативном лечении гинекологических заболеваний. Совместно с кафедрой акушерства и гинекологии, 1999 г. 5) Парадоксальная гимнастика А.Н. Стрельниковой, 2000 г. 6) Фитбол-гимнастика в оздоровлении организма. Совместно с ГДЦ №1, 2000 г. 7) Двигательные режимы в системе реабилитации, 2000 г. 8) Современные программы гимнастики у беременных и профилактика нарушений обмена кальция. Совместно с МАПО, 2000 г. 9) Плавание и здоровье, 2001 г. 10) Осанка и физическое развитие детей. Совместно с МАПО, 2001 г. 11) Лечебная физкультура при бронхиальной астме. Совместно с кафедрой госпитальной терапии, 2001 г. 12) Лечебное применение импульсных электрических токов низкого напряжения и низкой частоты, 2001 г. 13) Лечебное применение электрических токов и электромагнитных полей высоких частот. Электродиагностика и электростимуляция, 2001 г. 14) Методы краниосакральной мануальной терапии (остеопатии) в диагностике и лечении больных с посттравматической внутричерепной гипертензией. Совместно с кафедрой невропатологии, Утверждена Минздравом РФ, 2001 г. 15) Лечебное применение постоянного (гальванического) электрического тока, 2001 г. 16) Особенности физической реабилитации больных сахарным диабетом с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Совместно с ГДЦ №1, 2001 г. 17)

Эндолимфатическая и лимфотропная терапия с блоком лимфотока в лечении хирургической инфекции. Совместно с кафедрой общей хирургии, утверждена Минздравом РФ, 2001 г.

На кафедре ведется последипломное обучение в интернатуре и ординатуре по двум специальностям: 1) Лечебная физкультура и спортивная медицина; 2) Физиотерапия. Аспирантура по специальности «Восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия» (14.00.51.), а также курсы первичной специализации и повышения квалификации по всем разделам ЛФК, спортивной медицины и физиотерапии.

Разработано и утверждено 7 учебных программ:

1. Т.А. Евдокимова, В.П. Правосудов, М.Д. Дидур, Ю.Н. Туркин, О.В. Камаева. Типовой учебный план и образовательно-профессиональная программа подготовки в клинической ординатуре по специальности «Лечебная физкультура и спорт». - Москва, Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию Министерства здравоохранения РФ, 1997 - 38 с. 2. Т.А. Евдокимова, В.П. Правосудов, М.Д. Дидур, Ю.Н. Туркин, О.В. Камаева. Типовой учебный план и образовательно-профессиональная программа первичной специализации (интернатуры) выпускников высших медицинских учебных заведений по специальности «Лечебная физкультура и спорт». - Москва, Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию Министерства здравоохранения РФ, 1997 - 32 с. 3. Т.А. Евдокимова, В.П. Правосудов, М.Д. Дидур, А.С. Смирнов, И.В. Юрков. Программа экзаменов кандидатского минимума по специальности 14.00.51 «Восстановительная медицина, спортивная медицина, физиотерапия и курортология», М, 2000. 4. М.Д. Дидур. Программа и технология аккредитации службы лечебной физкультуры в Санкт-Петербурге (утверждена председателем комитета по здравоохранению, председателем городской лицензионной комиссии и главным специалистом города) (1998-2000 гг.). 5. Смирнов А.С., Юрков И.В. Программа и технология аккредитации службы физиотерапии в Санкт-Петербурге (утверждена председателем комитета по здравоохранению, председателем городской лицензионной комиссии и главным специалистом города), 1998-2000 гг. 6. Дидур М.Д. Программа и технология аккредитации службы спортивной медицины в Санкт-Петербурге (утверждена председателем комитета по здравоохранению, председателем городской лицензионной комиссии и главным специалистом города) 1998-2000 гг. 7. Дидур М.Д., Баранцевич Е.Р. Программа и технология аккредитации службы мануальной терапии в С.-Петербурге (1998-2000 гг.).

Основные направления научных исследований кафедры: - Физическая реабилитация больных хроническими обструктивными заболеваниями легких; - Реабилитация больных с сердечной недостаточностью и метаболическим синдромом; - Применение физических факторов в лечении и реабилитации больных с лимфотропной недостаточностью; - Система структурно-организационных стандартов оценки качества оказания физиотерапевтической помощи в условиях крупного города; - Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы спортсменов.

Коллектив кафедры физических методов лечения и спортивной медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.

НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ, РЕАБИЛИТАЦИИ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ В РОССИЙСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Б.А. Поляев, А.В. Чоговадзе, Е.П. Рубаненко

Российский государственный медицинский университет

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры

Усилия, предпринимаемые нашим Государством для укрепления здоровья нации, не могут быть полностью реализованы, в связи с отсутствием в социальной структуре общества, конкретных носителей идеи здорового образа жизни. Во многом, это связано с отсутствием практической реальной и эффективной программы преподавания и соответствующего воспитания здорового образа жизни у подрастающего поколения в системе дошкольного, школьного, среднего специального и высшего образования. Особенно огорчает неблагоприятное, по нашему мнению, положение с подготовкой в этом плане студентов педагогических и медицинских вузов которые должны быть самыми первыми проводниками в повседневную жизнь и деятельность населения, наряду с общей культурой, также культуры физической, знаний, умений и навыков ведения здорового образа жизни. Однако, преподавание физической культуры в медицинских институтах, как и в большинстве других вузов сведено к общефизической подготовке и не содержит в себе достаточных теоретических знаний и современного многообразия форм и методов развития физических качеств у здорового человека. Вместе с тем, динамика заболеваемости среди учащихся и студентов свидетельствуют о неуклонном росте хронической патологии – по данным института возрастной физиологии 30 – 35% выпускников средних школ имеют ослабленное здоровье. Среди выпускников вузов этот процент достигает 40. Более того, по медицинским критериям до 90% юношей призывного возраста не готовы к службе в вооруженных силах.

Резюмируя изложенное, можно утверждать, что действующая программа учебных занятий по физическому воспитанию в средней и высшей школе не выполняет своей основной задачи по оздоровлению и физическому совершенствованию граждан России.

Нам представляется, что альтернативой существующему подходу к физическому воспитанию в медицинских вузах должна быть такая научно обоснованная система преподавания, когда в ее основе будет лежать не стандартная программа и нормативы общей физической подготовки, а воспитание и развитие культуры здорового образа жизни с использованием широкого спектра средств и методов – от современных методик реабилитации (в том числе гидрокинезотерапия, фитнес-программы и др.) до применения популярных среди молодежи видов спорта.

Именно воспитание и развитие культуры здоро-

вого образа жизни подразумевается при использовании понятия “фитнес” (fitness). В нашем сознании фитнес больше всего ассоциируется с нашими представлениями о здоровье и здоровом образе жизни. В содержание понятия фитнес также входят: планирование жизненной карьеры, гигиена тела, общая физическая подготовленность, рациональное сбалансированное питание, профилактика заболеваний, сексуальная активность, психоэмоциональная регуляция, в том числе борьба со стрессами и другие факторы здорового образа жизни. Фитнес рассматривается как оптимальное состояние показателей здоровья, дающих возможность иметь высокое качество жизни. Фитнес связан с уровнем общей физической подготовленности. Фитнес ассоциируется с целью достижения определенного уровня результатов выполнения специальных двигательных тестов и созданием условий для снижения риска развития заболеваний. Фитнес воспринимается также как формы двигательной активности, специально организованные в рамках фитнес-программ: занятия бегом, аэробикой, танцами, аквааэробикой, занятия по коррекции массы тела...

Учитывая изложенное выше, и понимая, что Российский государственный медицинский университет это ведущий ВУЗ страны и что он имеет известную автономию при решении вопросов связанных с составлением и разработкой учебных планов и программ обучения, мы предлагаем реорганизовать систему подготовки студентов Университета по физическому воспитанию, реабилитации и спортивной медицине и руководствоваться в этом важном деле рядом положений, которые определяют смысл и содержание всего врачебно-физкультурного воспитания и образования студентов.

Мы полагаем, что целью физического воспитания в РГМУ является формирование у студентов физических и моральных качеств будущего врача, специалиста, обладающего единством знаний и убеждений, ориентированного на физическое совершенствование, сохранение и укрепление здоровья (как личного, так и общественного), способного применять приобретенные знания и в своей будущей профессиональной, общественной и физкультурно-оздоровительной деятельности.

Поставленная цель реализуется на протяжении всех лет обучения в ВУЗе путем решения ряда воспитательных, образовательных задач, программ физического тренинга, проведения реабилитационных мероприятий.

Прежде всего, это активизация познавательной

деятельности студентов в области физической культуры и оздоровления, формирование убежденности, мотивационно-ценностного отношения к физической культуре и оздоровлению, обучение методам самоконтроля за собственной физической подготовленностью, физическим развитием и функциональным состоянием организма.

Выполнение этих важных положений невозможно без формирования у студентов-медиков систематизированных познаний по теоретическим, методическим и организационным основам физического воспитания и оздоровления, без усвоения ими жизненно важных двигательных навыков, необходимых для оздоровления и физического развития, без приобретения студентами творческого опыта применения своих знаний и практических умений и навыков.

Учитывая наличие на нашей кафедре не только специалистов в области физической культуры, но также спортивных медиков, реабилитологов, и понимая, что спортивная медицина является составной частью системы лечебно-профилактического обслуживания занимающихся физической культурой и спортом, для всех очевидна необходимость совместного сотрудничества врача и преподавателя-тренера как при занятиях спортом высших достижений, так и для оздоровительных тренировок населения, в том числе и студентов. Совместная работа врача и преподавателя обеспечивает оздоровительную направленность занятий, достижение высокого уровня общей физической подготовки и поддержание ее на протяжении длительного времени, помогает предупредить и вовремя выявить нарушения в состоянии здоровья и снизить риск возникновения критических состояний здоровья. Кроме того врач эффективно участвует в разработке отдельных вопросов планирования оздоровительных тренировок: объемы, интенсивность, их сочетание с паузами отдыха и дыхательными упражнениями, распределение нагрузок в микро- и макроциклах тренировочного процесса.

После проведения индивидуального фитнес-тестирования и/или углубленного медицинского обследования врач и преподаватель-тренер обсуждают его результаты, совместно составляют индивидуальную фитнес-программу.

Следует помнить, что один и тот же режим оздоровительной тренировки, одни и те же нагрузки по-разному влияют на организм занимающихся. В одном случае это будет укрепление здоровья, расширение функциональных возможностей и повышение тренированности и общей физической подготовки (при соответствии нагрузки его состоянию), в другом – поддержание формы и функционального состояния организма, в третьем - отсутствие эффекта, переутомление, а иногда развитие и/или обострение различных заболеваний, что свидетельствует об отсутствии индивидуального подхода. Спортивный врач должен также давать рекомендации по рациональному сбалансированному питанию во время оздоровительных фитнес-тренировок.

На нашей кафедре имеется удачная возможность сочетать медико-биологические знания, умения и

навыки с педагогическими для воспитания у будущих врачей здорового образа жизни и необходимой для этого мотивации.

Все это требует определенного уровня психофизической подготовленности студентов к труду с учетом особенностей будущей врачебной деятельности.

Таким образом, выполнение обозначенных мер позволит обеспечить всестороннее развитие физических способностей, укрепление здоровья, повышение общей физической работоспособности (для спортсменов- совершенствование спортивного мастерства) студентов, воспитание у будущих врачей способности к самопознанию, саморегуляции и самоуправлению, и, в конечном итоге воспитание у них патриотизма, любви к родному вузу, Родине.

Учебные занятия (теоретические и практические) являющиеся основной формой физического воспитания и оздоровления студентов, мы предусматриваем на всех факультетах (лечебном, педиатрическом, медико-биологическом) в сетке учебного расписания дневного обучения в объеме 4-х часов в неделю на всех годах обучения. Характер и содержание занятий определяются индивидуально: студенты, состояние здоровья и физической подготовленности которых позволяет им быть включенными в основную медицинскую группу, могут выбрать вид занятий, соответствующий их физическим кондициям и интересам (при наличии материально-технического обеспечения на кафедре). Студенты с отклонениями в физическом развитии, состоянии здоровья и физической подготовленности, т.е. вошедшие в специальную и подготовительную медицинские группы, получают комплекс физкультурных методик и мероприятий преимущественно оздоровительно- реабилитационной направленности. Потенциально возможный перечень средств и методов физической культуры и оздоровления – это гимнастические упражнения, атлетическая гимнастика, тренажеры, дефиле, шейпинг, ритмические спортивные танцы, популярные игровые виды спорта (волейбол, баскетбол, минифутбол), различные виды борьбы (самбо, дзю-до, сумо), кинезотерапия, гидрокинезотерапия, длинноволновое ультрафиолетовое облучение, низкоинтенсивное лазерное облучение инфракрасной частью спектра, другие естественные и преформированные физические факторы, которые можно применять в физкультурно-оздоровительном центре университета.

Самостоятельные занятия мы рекомендуем проводить во внеучебное время по желанию студентов дневного и вечернего обучения, с учетом возможностей кафедры и рекомендаций специалистов по врачебному контролю и осуществляются в тех же формах, что и на дневных учебных занятиях в сетке расписания, но в вечернее время, по расписанию кафедры. Кроме того, все студенты участвуют в массовых оздоровительных мероприятиях в Университете.

Использование студентами разнообразных форм оздоровления и физического воспитания в сетке учебного расписания и во внеучебное время, в том числе самостоятельно, создает условия, обеспе-

чивающие выполнение студентами научно-обоснованного объема (8-10 часов в неделю) двигательной активности и оздоровления, необходимо для нормального функционирования организма.

Из общего объема часов, ежедневно затрачиваемых студентом на оздоровление и физическое воспитание на кафедре (в оздоровительно-физкультурном комплексе РГМУ) 4 часа предоставляется ему бесплатно. Остальные часы занятий во всех кабинетах, залах, на тренажерах студент оплачивает на льготных условиях и посещает их по абонементу.

Специальные вопросы теории и практики физической реабилитации, лечебной физкультуры, физиотерапии и спортивной медицины будущие врачи осваивают на циклах учебных занятий по этим предметам у ассистентов, доцентов и профессоров кафедры на 4-6 курсах обучения в клиниках университета.

Распределение студентов по медицинским группам (основная, подготовительная и специальная) для занятий по курсу физического воспитания проводится в начале учебного года в кабинете врачебного контроля кафедры с учетом пола, состояния здоровья, физического развития, физической и спортивной подготовленности, личного желания студентов и материально-технических возможностей кафедры.

Отличительной особенностью предлагаемой системы организации оздоровления и физического воспитания в РГМУ является то, что она отвечает потребностям студентов, позволяет им в процессе обучения врачебной специальности получать целенаправленное практически ежедневное оздоровительное воздействие, построенное с учетом индивидуальных особенностей каждого студента. В этом смысл совмещения процессов физического развития и совершенствования организма, восстановления и укрепления здоровья студентов.

Особый интерес это совмещение будет иметь для студенток, т.к. применяемая система имеет кроме оздоровительной, еще и эстетическую направленность. Предварительный небольшой опыт такой работы у наших коллег из Современного Гуманитарного Университета свидетельствует, что разработанная специалистами оздоровительно-физкультурная программа позволяет девушкам развивать такие необходимые современной женщине качества, как пластичность и изящество движений, умение следить за своей внешностью и держаться в обществе. Для этого в перечень проводимых занятий и включается ритмическая и атлетическая гимнастика, танец, пластика, отработка походки (дефиле) и др.

Несомненно, такая организация оздоровления и физического воспитания по специальным оздо-

ровительно-физкультурным программам потребует вложения средств. Но они не так велики, если учесть, что РГМУ имеет собственный оздоровительно-физкультурный комплекс (учебно-спортивный корпус). Его необходимо только в достаточной степени оснастить современной функционально-диагностической и бальнео-физиотерапевтической аппаратурой.

Кадрами преподавателей по оздоровительной физкультуре, специалистами по физиотерапии, массажу, лечебной физкультуре и врачебному контролю РГМУ располагает. Помещений в Учебно-спортивном корпусе достаточно.

Поскольку кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры удобно расположена рядом с другими учебными корпусами Университета, недалеко от Республиканской детской клинической больницы и зданий студенческого общежития, то оздоровительно-физкультурные занятия будут удобны для посещения студентами.

Эстетическое воспитание является неотделимым компонентом гармонического развития современного человека, способного овладевать культурными ценностями. Средствами такого воспитания могут быть все виды и формы человеческой жизнедеятельности, в том числе физическая культура, а в частности оздоровительные фитнес-тренировки. Одним из важных критериев отбора средств в фитнес-программах является эстетика движений. При этом физическое воспитание стимулирует возникновение многих эстетических переживаний, а эстетическое воспитание как бы одухотворяет, облагораживает содержание и формы физического совершенствования.

Комплексным показателем результативности эстетического воспитания может служить повышение уровня эстетической воспитанности в двух направлениях: уровень эстетического сознания, то есть эстетических представлений, понятий, суждений и уровень эстетического поведения, поступков занимающихся.

У нас нет сомнения в том, что сочетание понятий «образование» и «здоровье» наполнено глубоким нравственным, социальным, экономическим и даже политическим смыслом, ибо в нашем здоровье отражается наша жизнь, наше воспитание и наше образование. От того, насколько мы сумеем использовать богатейший потенциал образования для оздоровления подрастающего поколения студенческой молодежи, во многом зависит наше будущее.

© Поляев Б.А., Чоговадзе А.В.,
Рубаненко Е.П., 2004

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕХАНОТЕРАПИИ С ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУРАХ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

С.П. Миронов, М.Б. Цыкунов, Н.Б. Селезнев, М.А. Ерёмушкин, В.К. Куролес

ГУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова, г. Москва

ФГУП ГМКБ «Радуга» им. А.Я. Березняка, г. Дубна

Восстановление функции поврежденного локтевого сустава относится к числу наиболее сложных вопросов современной травматологии и ортопедии, а поиск новых подходов к решению этой проблемы остается актуальным. По данным разных авторов, частота неудовлетворительных исходов лечения околосуставных и внутрисуставных переломов, в связи с образованием контрактур или анкилозов локтевого сустава составляет от 12 до 20 %.

Для восстановления амплитуды движений при стойких контрактурах и анкилозах локтевого сустава не редко используется хирургический метод лечения. Выполняются различные варианты артролиза и артропластики. В послеоперационном периоде рекомендуется раннее начало движений.

Вместе с тем, способов адекватного контроля кинезиологических (амплитуда, угловая скорость) и динамических (сила, работа, момент вращения и проч.) характеристики движений в оперированном локтевом суставе до настоящего времени не описано.

В результате имеются подчас полярные точки зрения на процесс реабилитации. Одни авторы настаивают на ранней интенсивной разработке движений, часто через боль. Другие, утверждают, что разработка движений должна быть щадящей, без боли и насилия.

Одним из средств реабилитации использующемся для восстановления амплитуды движений при различных травмах и заболеваниях локтевого сустава является механотерапия. Обычно механотерапевтические аппараты используют в тех случаях, когда требуется упорное и длительное применение специальных «локальных» упражнений для развития движений в суставах. Тем не менее, сама по себе механотерапия без сочетания с лечебной гимнастикой и другими формами лечебной физической культуры, не в состоянии обеспечить полноценного восстановления функции (В. Н. Мошков, А.Ф. Каптелин и др.).

Для разработки движений в суставах используются различные модели механотерапевтических аппаратов. Как правило, это аппараты маятникового типа. Их рекомендуют использовать при повреждениях локтевого сустава не ранее чем через 2,5-3 мес. после травмы (А.Ф. Каптелин).

Многokrатно предпринимались попытки сделать это воздействие более дозированным и управляемым. Так, были предложены различные механотерапевтические аппараты с приводами (электрические, пневматические и др.). Их преимуществом является возможность задания амплитуды и угловой скорости. Однако они не имеют возможности дозировать амплитуду движений и скорость с учетом динамических характеристик (сила, момент вращения и др.). В этом случае амплитуда и скорость подбирается с учетом реакции пациента и задается на все время процедуры. Если же в процессе разработки

что-нибудь изменяется, например, появляется боль или расслабляются мышцы, то нужно прервать процедуру и перенастраивать аппарат.

Другой тип аппаратов механотерапии основан на изокинетических динамометрах. В этом случае задается амплитуда и скорость. Регистрируется некая производная вектора силы в плоскости движения дистального сегмента конечности. Подобный способ лег в основу предложенного нами способа оценки стойкости контрактур на аппарате BIODEX (США), описаного в 1996 г. (М.Б.Цыкунов, И.С. Косов). Недостатком ее для использования в терапевтических целях является то, что контролируется лишь производная одного вектора силы. Это дает ценную диагностическую информацию (определение податливости контрактуры корректирующему воздействию), но недостаточно для адекватного управления процессом разработки движений.

Принципиально новый путь восстановления функции суставов предложен акад. РАМН М.В. Волковым и акад. РАМН О.В. Оганесяном. Суть его состоит в том, что наряду с традиционной техникой артролиза или артропластики используется шарнирно-дистракционный аппарат, который обеспечивает разработку движений в условиях distraction. Предложено ряд технических усовершенствований конструкции и приставок к аппарату. Все это позволило во многих случаях улучшить функциональные результаты. Однако, сохраняется та же, что и для традиционной механотерапии проблема контроля адекватности разработки движений с учетом постоянно изменяющихся динамических характеристик.

ГУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова и с ФГУП ГМКБ «Радуга» им. А.Я. Березняка, для оптимизации управления процессом реабилитации при патологии органов движения и опоры, разработано устройство для восстановления функции суставов механотерапией «Радуга-ЦИТО», позволившее избежать ранее перечисленных недостатков аппаратной механотерапии.

Непосредственно конструктивные особенности данного устройства заключаются в следующем. Устройство для восстановления функции суставов, содержит неподвижную и подвижную платформы для фиксации сегментов конечностей, связанные между собой шарнирно, при этом подвижная платформа соединена с электроприводом, двигатель которого подключен к системе управления, состоящей из преобразователя с раздельным управлением знака и модуля скорости. Основной характерной особенностью конструкции устройства является то, что подвижная платформа соединена с электроприводом через дополнительную тягу посредством датчика сопротивления движению, а система управления дополнительно содержит датчик угла, оптимизатор угловой скорости, первый и второй триггеры Шмитта, задатчик предельного объема движений по

углу, датчик предельного момента сопротивления, генератор тактовых импульсов, а также, логический блок, включающий коммутатор, триггер данных и логический элемент «совпадающее «или» (Рис. 1). При этом выход датчика сопротивления движению подключен к функциональному входу первого триггера Шмитта, вход управления которого соединен с выходом датчика предельного момента сопротивления. Выход датчика угла, подсоединенного к шарниру и подключен к функциональному входу второго триггера Шмитта, управляющий вход которого соединен с датчиком предельного объема движений по углу. Выходы обоих триггеров Шмитта подключены ко входам логического блока, выходом соединенного со входом преобразователя, управляющим знаком скорости вращения, а вход преобразователя, управляющий модулем скорости, соединен с выходом оптимизатора угловой скорости, входом подключенного к датчику угла.

Сам метод восстановления функции локтевого сустава при посттравматических контрактурах с помощью устройства для восстановления функции су-

ставов механотерапией «Радуга-ЦИТО» заключается в двух этапах: первый (на 2-й день после оперативного вмешательства) – выполнение пассивных движений с наложенным шарнирно-дистракционным аппаратом на пораженный сустав и второй – пассивные движения после снятия аппарата наружной фиксации. Для этих целей в конструкции аппарата используются два варианта ложементов, которые различаются способом крепления.

Методика проведения процедуры механотерапии с помощью данного устройства подразумевает два режима – настройки и работы. В режиме «настройка» движения в локтевом суставе осуществляются в заданном оператором объеме движений без задействования логических элементов устройства. В режиме «работа» фиксируются силовые показатели движений по трем основным осям. Датчики отслеживают заданную величину нагрузки на суставные концы, а при превышении заданной нагрузки происходит реверс. Движение меняет направление на обратное и тем самым достигается строгое соблюдение заданной нагрузки на суставные концы. Пере-

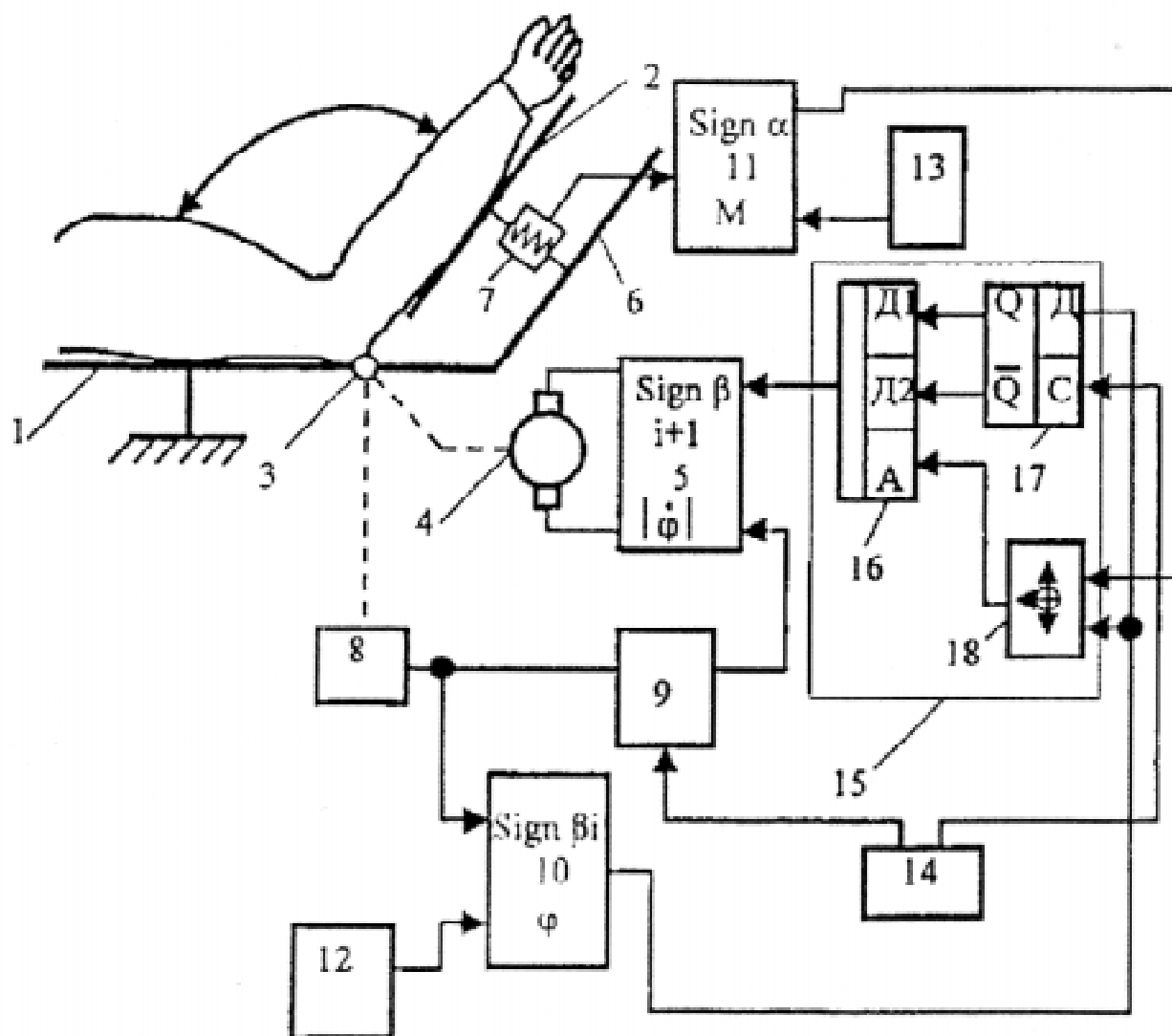


Рисунок 1. Техническая схема устройства для восстановления функции суставов аппаратным комплексом «Радуга-ЦИТО»

мещение суставных концов происходит по заданной программе. На дисплее монитора в реальном времени отслеживаются нагрузки по основным векторам перемещения суставных концов. Эти величины находятся в прямопропорциональной зависимости. В аппарате реализована самонастраивающаяся система по обратной связи через тензосенсоры.

Силовые показатели, по которым осуществляется подбор характеристик двигательного акта следующие (Рис. 2):

F_x – сила сопротивления по сагиттальной оси;
 F_y – по вертикальной оси;
 F_z – по фронтальной оси,
 а так же моменты вращения
 M_x – наружная <+> и внутренняя <-> ротация плеча;
 M_y – супинация <+> и пронация <-> предплечья;
 M_z – сгибание <+> и разгибание <-> предплечья.

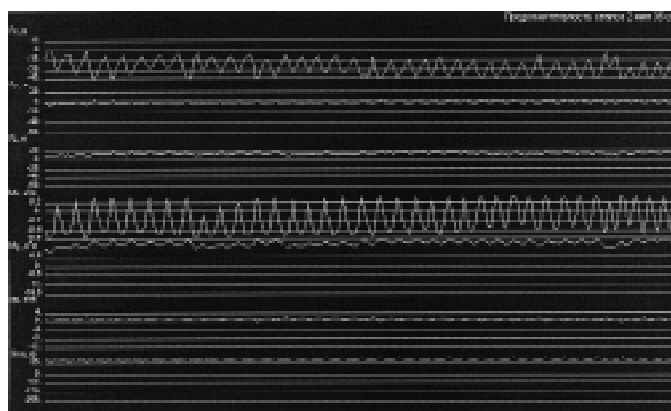


Рисунок 2. Пример отображения регистрации силовых характеристик движений в локтевом суставе (сгибание-разгибание) при работе на устройстве для восстановления функции суставов механотерапией «Радуга-ЦИТО»

Данные характеристики двигательного акта позволяют рассчитать и затрачиваемую работу.

$$F_{\Sigma} = \sqrt{F_x^2 + F_y^2 + F_z^2}$$

$$E = F_{\Sigma} \times V$$

Скорость движения подвижного ложементa регулируется от 1 до 30° в сек. В наших исследованиях средняя скорость составляла 6° в сек.

Каждая процедура продолжалась 20-30 мин 1-2 раза в день. Курс лечения состоял из 10-15 процедур на первом этапе и 15-30 процедур на втором этапе.

Под нашим наблюдением находилось 17 пациентов (14 женщин, 3 мужчин, средний возраст 47 лет) с посттравматическими контрактурами локтевого сустава развившимися в результате внутрисуставных переломов. Во всех случаях ограничение амплитуды движений значительно нарушало функции руки. Проводилась оценка функционального состо-

яния локтевого сустава по С.П. Миронову с соавт. (2000). Интегральный показатель составил 1,7+1,2. Оперативное лечение произведено 9 пациентам. Всем накладывался шарнирно-дистракционный аппарат. В одном случае произведена хирургическая артроскопия локтевого сустава, 7 пациентов лечились консервативно. Для разработки движений использовался аппаратный комплекс «Радуга-ЦИТО».

После снятия шарнирно-дистракционного аппарата интегральный показатель составлял 3,4+0,7, через 2 мес. после операции он был равен 3,8+0,5. При консервативном лечении в конце 3-х недельного курса он увеличился с 2,7+0,6 до 3,6+1,0 (Рис. 3).

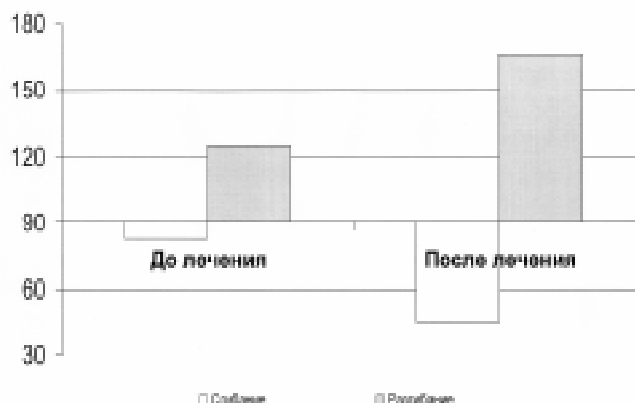


Рисунок 3. Средние значения сгибания-разгибания в локтевом суставе до и после проведенного лечения (в гр.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков М. Л., Оганесян О. П. //Артропластика крупных суставов. — М., 1974. — С. 3-15.
2. Каптелин А.Ф. Гидрокинезиотерапия в травматологии и ортопедии. — М., 1986. — 224 с.
3. Миронов С.П., Цыкунов М.Б. Основы реабилитации спортсменов и артистов балета при повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. М., 1998 — 100 с.
4. Миронов С.П., Бурмакова Г.М. Повреждения локтевого сустава при занятиях спортом. — М., 2000. — 192 с.
5. Мошков В.Н. Новое и перспективное в лечебной физкультуре. — Клиническая медицина, 1971, № 7, с. 9-14.
6. Шапошников Ю.Г., Волков М.В., Елькин А.И., Прохорова Т.А., Оганесян О.В., Селезнев Н.В. Восстановление структуры и функции локтевого сустава методом виброфрикционного воздействия. Вестник травматологии и ортопедии 1999, №2 — С. 51-54
7. Zeiler H., Trentz O. //Orthopade. — 1988. — Bd 17, № 3. — S.262-271.

© Миронов С.П., Цыкунов М.Б., Селезнев Н.Б., Ерёмускин М.А., Куролес В.К., 2004



ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ВЕГЕТАТИВНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТУДЕНТОВ НАЧАЛЬНЫХ КУРСОВ ВУЗА ГОРОДА МОСКВЫ

Д.А. Васильев, И.Т. Выходец

Российский государственный медицинский университет

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры

Важность создания систем мониторинга состояния организма для воплощения актуальных задач профилактики здоровья и диспансеризации среди населения, особенно в условиях многомиллионной российской столицы, достаточно высока в наши дни.

Благодаря синтезу математических, статистических, а главное, медицинских знаний, в работе появилась возможность воплотить количественный подход в неподдающейся этому до настоящего времени области – теории медицинских групп. Эта проблема стала актуальной в последнее время достаточно остро из-за ухудшения состояния здоровья населения, в частности, увеличение информационного потока и повышение требований в системе высшего профессионального образования увеличило физические и психические нагрузки на студентов вузов города Москвы.

До последнего времени дифференциация медицинских групп основывалась на долгом и кропотливом труде множества врачей-специалистов над одним исследуемым, результатом работы которых все равно являлась субъективная оценка общего состояния человека, по результатам которой и происходила дифференциация медицинской группы. Такой подход не мог бы обеспечить объективную и эффективную профилактическую и диспансеризационную работу в современных условиях.

Вместе с тем, результаты проведенной нами работы ни в коей мере не умаляют достижений советской и российской системы спортивной медицины и врачебного контроля, имеющей многолетнюю историю и опыт. Напротив, данная система свидетельствует о возможности оптимизировать и объективизировать накопленные знания и закономерности в этой области.

Для решения поставленной задачи были проанализированы способы проведения оценки состояния организма при помощи современных информативных, комплексных, обобщаемых и легких в исполнении средств медицинского контроля и обеспечения.

Выявлено, что многие методы (исследование морфо-функциональных показателей, исследование вегетативной нервной системы, психологические тесты), позволяющие сделать интегральную оценку состояния организма и уровня физического психофизиологического здоровья, обладают высокой степенью корреляции (степень совпадения результатов около 75 %) с общим состоянием здоровья, выявленным при полной диспансеризации организма.

Именно эти исследования послужили основанием для утверждения в правомерности существования более оптимальной и мобильной системы оцен-

ки состояния здоровья организма.

На следующем этапе работы была достигнута возможность количественного представления полученных результатов с выявлением индивидуальных формальных правил классификации внутри изучаемых групп обследуемых, что сделало возможным автоматизацию процесса медицинского обследования, что может иметь значительное экономическое и социальное значение в рамках не только одного учреждения, но и всей городской системы мониторинга здоровья населения в целом.

Для разработки и апробации методики были исследованы более 1500 студентов младших курсов московского вуза. В качестве предмета и методов исследования были использованы:

Морфо-функциональные признаки:

- длина тела стоя и сидя, см;
- масса тела, г;
- станова́я тяга, кг;
- кистевая динамометрия, кг;
- жизненная емкость легких, л;
- массо-ростовой показатель (МРИ), г/см;
- жизненный индекс (ЖИ), л/ на 1 кг веса тела;
- силовой индекс становой тяги (СИ стан), %/ на 1 кг массы тела;
- силовой индекс кистевой динамометрии наиболее сильной руки (СИ кис), %/ на 1 кг веса тела;
- артериальное давление систолическое, диастолическое (САД, ДАД) мм рт.ст.;
- частота сердечных сокращений (ЧСС), уд/мин;
- показатель двойного произведения (ПДП), усл.ед.;
- относительная физическая работоспособность (ФР отн), кг*м/мин/кг;

Показатели вариабельности сердечного ритма (вегетативные показатели):

- СКО – среднее квадратичное отклонение, мс;
- Амо – амплитуда моды, %;
- Мо – мода, мс;
- ВР – вариационный размах, мс;
- ИН – индекс напряжения, усл. ед.;
- МВ-1 (LF) – медленные волны 1-го порядка, Гц;
- МВ-2 (VLF) – медленные волны 2-го порядка, Гц;
- ПАРС – показатель активности регуляторных систем, усл. ед.

Психологические характеристики:

- Тест Айзенка (личностный опросник по Айзенку):
- определение типа темперамента;
- степень интраверсии–экстраверсии по тесту Айзенка;
- степень стабильности–нестабильности по тес-

ту Айзенка;

Все обследования проводились по общепринятым методикам.

Статистический анализ полученных данных был основан на методах вычисления: средней арифметической величины (M), среднего квадратического отклонения (CKO), средней ошибки средней арифметической (m), медианы (Me), интерпроцентильного размаха (10-90 процентиля), критерия нормальности W (Шапиро-Уилка), стандартизации показателей $((x-M)/CKO)$, определения вероятности достоверности сравниваемых величин (p). Основным методом анализа являлся кластерный анализ. Этот метод основан на принципах классификации. В результате применения этого метода исходная совокупность объектов разделяется на кластеры или группы (классы) схожих между собой объектов. Под кластером понимается группа объектов, обладающая свойством плотности (плотность объектов внутри кластера выше, чем вне него), дисперсией, отделимостью от других кластеров, размером. В целом методы кластеризации разделяются на агломеративные (скопление) и итеративные (разделение). Используемый в данной работе метод относится к итеративным и носит название метод «кластеризации k-средних» (k -means clustering). В k -методе объект относится к тому классу, расстояние до которого минимально. Расстояние понимается как евклидово расстояние, то есть объекты рассматриваются как точки евклидова пространства. Евклидово расстояние между объектами является геометрическим расстоянием в многомерном пространстве и вычисляется следующим образом:

$$d(x, y) = \{ \sum_i (x_i - y_i)^2 \}^{1/2}, \text{ где}$$

d – расстояние между объектами; x, y – объекты совокупности; i – численность объектов.

Расстояние от объектов до совокупности объектов определялось по методу невзвешенного попарного центроидного усреднения, где расстояние между кластерами определяется как расстояние между их «центрами тяжести». Под «центрами тяжести» понимается среднее арифметическое векторных наблюдений объектов, входящих в кластер. Расчет данного расстояния ведется по формуле:

$$d(S_l, S_k) = d(X(l), X(k)), \text{ где}$$

d – расстояние между кластерами; $X(l)$ – среднее арифметическое векторных наблюдений, входящих в кластер S_l ; $X(k)$ – среднее арифметическое векторных наблюдений, входящих в кластер S_k .

Метод k -средних допускает наличие гипотезы относительно числа кластеров до начала анализа по имеющимся наблюдениям или по переменным. То есть согласно гипотезе о наличии трех медицинских групп, для ее проверки в начале анализа проводилось деление данных на кластеры. Это было необходимо для того, чтобы установить, есть ли количественное подтверждение предположению, что кластерный анализ k -средних даст три кластера исследуемых, статистически достоверно соответствующих медицинским группам. В этом случае средние различных мер физических параметров для каждого кластера будут давать количественный спо-

соб представления гипотез, и будут достоверно различны со средними соседних кластеров. После заданного задания числа кластеров мы вычисляли «центры тяжести» кластеров. Далее происходило перемещение объектов в кластеры: каждый исследуемый объект помещался в ближайший к нему кластер. После этого повторно вычислялись центры «тяжести кластеров». Данные операции повторялись до появления стабильной конфигурации, когда вновь найденные кластеры перестали изменяться.

Также в качестве статистического метода применялся дискриминантный анализ. Дискриминантный анализ использовался для принятия решения о том, какие переменные различают (дискриминируют) возникшие совокупности (группы) внутри исследуемой выборки, а также для определения того, какие переменные дают наилучшее предсказание выбора той или иной медицинской группы в каждом случае исследования в отдельности.

Основная идея применения дискриминантного анализа заключалась в том, чтобы определить, отличаются ли совокупности по среднему какой-либо переменной (или линейной комбинации переменных). Это производилось для выявления возможности затем использовать эту переменную, чтобы предсказать для новых членов их принадлежность к той или иной группе.

При помощи дискриминантного анализа выстраивается «модель», позволяющая лучше всего предсказать, к какой совокупности будет принадлежать тот или иной образец исследуемой выборки. В условиях данной модели возможно автоматически определять некоторые оптимальные комбинации переменных, в которых функции будут независимыми или ортогональными, то есть их вклады в разделение совокупностей не будут перекрываться. Они могут быть интерпретированы следующим образом: чем больше стандартизованный коэффициент, тем больше вклад соответствующей переменной в дискриминацию совокупностей.

Применялись функции классификации, которые возможно использовать для прямого вычисления показателя классификации для некоторых новых значений.

Функции классификации предназначены для определения того, к какой группе наиболее вероятно может быть отнесен каждый объект. Имеется столько же функций классификации, сколько групп. Каждая функция позволяет для каждого образца и для каждой совокупности вычислить веса классификации по формуле:

$$S_i = c_i + w_{i1} * x_1 + w_{i2} * x_2 + \dots + w_{im} * x_m, \text{ где}$$

Индекс i обозначает соответствующую совокупность, а индексы 1, 2, ..., m обозначают m переменных; c_i являются константами для i -ой совокупности, w_{ij} – веса для j -ой переменной при вычислении показателя классификации для i -ой совокупности; x_j – наблюдаемое значение для соответствующего образца j -ой переменной. Величина S_i является результатом показателя классификации.

Как только вычислены показатели классификации

для наблюдений, легко решить, как производить классификацию наблюдений. В общем случае наблюдение считается принадлежащим той совокупности, для которой получен наивысший показатель классификации.

Общим результатом, на который следует обратить внимание при оценке качества текущей функции классификации, является матрица классификации. Матрица классификации содержит число образцов, корректно классифицированных (на диагонали матрицы) и тех, которые попали не в свои совокупности (группы).

В общем, в данной работе дискриминантный анализ применялся для: поиска переменных, позволяющих относить наблюдаемые объекты в одну или несколько реально наблюдаемых групп; для классификации наблюдений в различные группы.

Основной задачей анализа всей совокупности полученных данных было выявление существующих подструктур данных внутри исследуемой совокупности.

Пороговым уровнем статистической значимости был принят $p < 0,05$, хотя благодаря техническим средствам, в исследовании была возможность почти во всех случаях подсчитать точное значение уровня статистической значимости.

Число обследованных составляло 1567 человек, которых сразу после обследования разделили на две подгруппы по половому признаку (таблица 1).

Таблица 1. Подгруппы обследуемых

Пол	Исследуемая выборка	
	Численность, чел.	Доля, %
Женский	960	61
Мужской	607	39
Всего	1567	100

По данным личностного опросника Айзенка типы темперамента обследованных распределились следующим образом: в подгруппе женщин флегматики составили 6,9%; меланхолики – 6,9%; холерики – 32,6%; сангвиники – 53,6%. В подгруппе мужчин флегматики – 5,6%; меланхолики – 4,2%; холерики – 12,5%; сангвиники – 77,7%. Обобщив данные обеих подгрупп, получилось следующее процентное соотношение типов темперамента в целом у лиц обоего пола: флегматики – 6,4%; меланхолики – 5,8%; холерики – 24,3%; сангвиники – 63,5%. Таким образом, по количеству флегматиков и меланхоликов обе подгруппы практически не отличались, в то время как среди женщин тип темперамента «холерик» встречался почти в 3 раза чаще, чем в подгруппе мужчин, в которой, в свою очередь, тип темперамента «сангвиник» преобладал в 1,5 раза по сравнению с подгруппой женщин (рис. 1, 2, 3, 4, 5).

Обследовав участников исследования по трем основным группам признаков: морфо-функциональным, вегетативным и психологическим мы стандар-

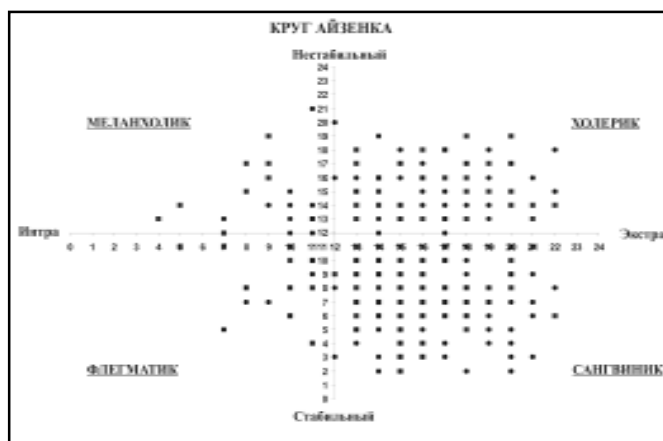


Рис. 1. Распределение обследуемых по типам темперамента в круге Айзенка

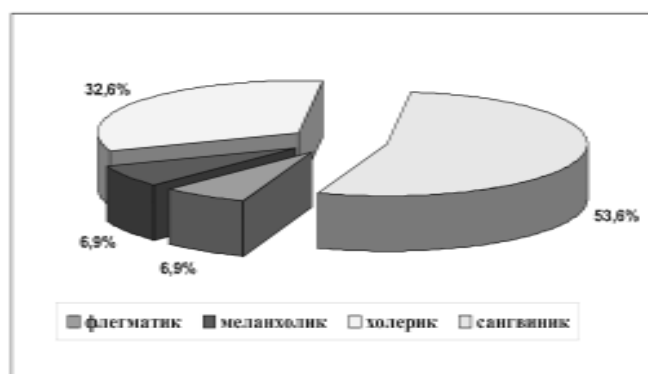


Рис. 2. Распределение по типам темперамента в подгруппе женщин

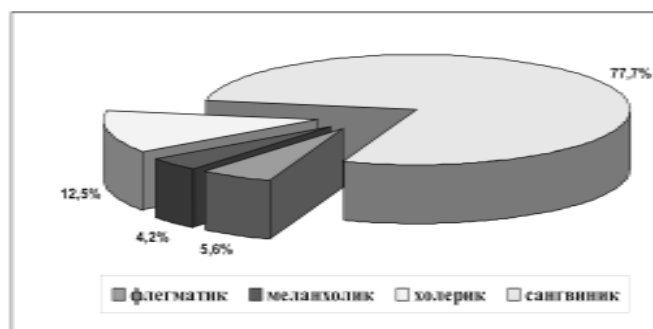


Рис. 3. Распределение по типам темперамента в подгруппе мужчин

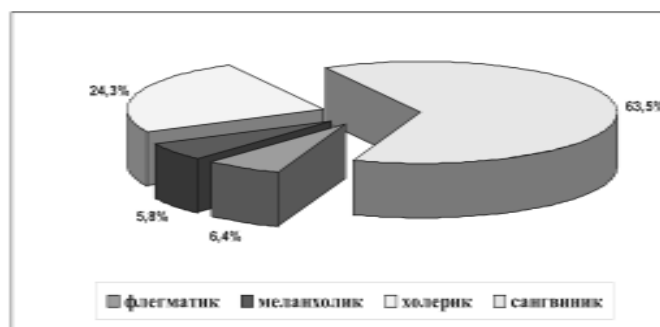


Рис. 4. Распределение по типам темперамента в обеих подгруппах



Рис. 5. Итоговое распределение обследуемых по типам темперамента в круге Айзенка

тизировали полученные показатели. Для этого разность каждого показателя со средней арифметической величиной была поделена на среднее квадратическое отклонение $((x-M)/CKO)$. Таким образом, все показатели приняли аналогичные сравниваемые значения.

Для адекватной интерпретации значения полученных показателей, была проведена типизация оценочных шкал каждого признака. Выявились, что все исследуемые признаки соответствуют трем основным типам оценочных шкал: прямой пропорциональной, обратной пропорциональной и сигмовидной (рис. 6, таблица 2).

При таком подходе, каждый исследуемый обладает набором выявленных признаков, характеризующих состояние его организма по исследуемым сферам (в данном случае): морфо-функциональной, вегетативной и психической.

Для того, чтобы определить количественно состояние организма исследуемого, всем признакам были присвоены частные интерпретирующие коэффициенты, исходя из интерпретации каждого признака по оценочной шкале. Частные интерпретирующие коэффициенты суммировались у каждого исследуемого в общий интерпретирующий коэффициент относительно общего числа полученных коэффициентов, что давало количественное выражение состоянию исследуемых сфер организма исследуемого по формуле:

$$ОКИ = \frac{ЧКИ1 + ЧКИ2 + \dots + ЧКИ_{n-1} + ЧКИ_n}{n}$$

ОКИ – общий коэффициент интерпретации ис-

следуемого;

ЧКИ – частный коэффициент интерпретации исследуемого по определенному признаку;

n – количество исследуемых признаков;

Примечание: Чтобы упорядочить вклад стандартизированных значений признаков с разными типами оценочных шкал в общий коэффициент интерпретации, были предприняты некоторые меры, а именно, для шкал с закономерностью прямой пропорциональности предполагалось простое суммирование

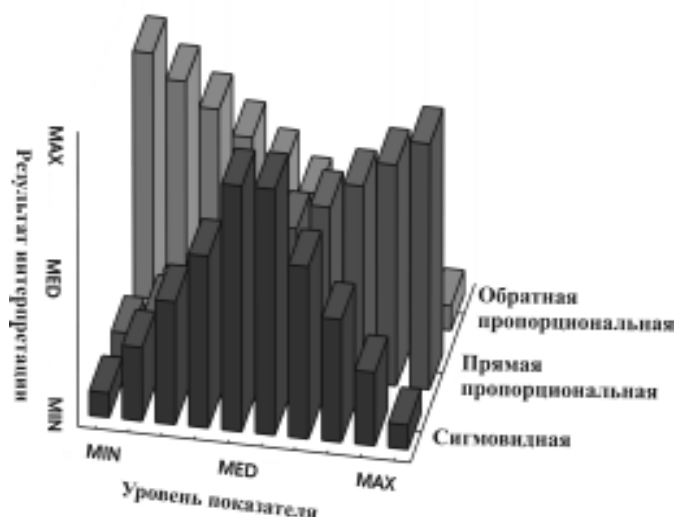


Рис. 6. Интерпретация оценочных шкал исследуемых признаков



Таблица 2. Шкалы оценки исследуемых параметров

Показатель	Тип шкалы	Эффект
Место-ростовой индекс, тест Айзенка	Сигмовидная	Чем ближе к зоне средних значений, тем более оптимальный результат
Жизненный индекс, силовой индекс (ставовой туги и кастевой динамометрии), восстановительная физическая работоспособность, показатель активности регуляторных систем	Прямая пропорциональная	Чем выше показатель, тем оптимальней результат
Показатель двойного произведения	Обратная пропорциональная	Чем ниже показатель, тем оптимальней результат

стандартизированных значений, для шкал с обратной пропорциональной зависимостью предполагалось преобразование в противоположные значения (смена знака с «+» на «-», а «-» на «+»), а для шкал с сигмовидной зависимостью предполагалось замена положительных значений на отрицательные (с «+» на «-»), согласно вкладу в общий коэффициент интерпретации.

Таким образом, суммируя вклад каждого показателя в интегральную оценку состояния обследуемого, выявлялся уровень психофизического состояния организма у конкретного исследуемого из обследуемой выборки.

После количественного определения уровня психофизического состояния организма была

предпринята попытка выявления внутри обследованной группы реально существующих и обладающих статистически достоверными различиями групп данных с низким, средним и высоким уровнем психофизического состояния организма при помощи кластерного анализа общих коэффициентов интерпретации. Разделение на группы проводилось в соответствии с теорией медицинских групп, исходя из которой существуют: специальная, подготовительная и основная группы с различающимися уровнями состояния здоровья, функциональной подготовленности и физического развития (таблица 3).

Исходя из данной классификации, был применен метод «кластеризации k-средних» (k-means clustering), при котором число кластеризуемых групп

Таблица 3. Общепринятая классификация медицинских групп

Название группы	Медицинские характеристики группы	Допускаемая физическая нагрузка
1. Основная	Лица без отклонений в состоянии здоровья, а также лица, имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья, при достаточном физическом развитии и физической подготовленности	Занятия по учебным программам физического воспитания в полном объеме; соблюдение контрольных норм; занятия в одной из спортивных секций; участие в соревнованиях
2. Подготовительная	Лица без отклонений в состоянии здоровья, а также имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья, с недостаточным физическим развитием и недостаточной физической подготовленности	Занятия по учебным программам физического воспитания при условии более интенсивного освоения комплекса двигательных навыков и умений, особенно связанных с предъявлением в организме повышенных требований
3. Специальная	Лица, имеющие отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, требующего ограничения физических нагрузок, допускаемые в выполнении учебной и производственной работы	Занятия по специальным учебным программам

задается заранее. В этом случае число кластеризуемых групп равнялось трем и соответствовало числу предполагаемых медицинских групп.

Разделение на медицинские группы по результатам кластерного анализа полученных показателей должно было соответствовать закономерностям распределения признаков в оценочных шкалах разного типа. Эмпирическая визуализация такой гипотезы представлена на рисунке 7.

С учетом этого предположения, в основную группу войдут студенты имеющие условно: максимальные показатели в прямых пропорциональных шкалах измерения, минимальные показатели в обратных пропорциональных шкалах, и средние показатели в сигмовидных шкалах измерения; в подготовительную группу войдут студенты имеющие условно: средние показатели в прямых и обратных пропорциональных шкалах, и средние между средними (центральными) и крайними показателями в сигмовидных шкалах; в специальную же группу попадут студенты имеющие условно: максимальные показатели в обратных пропорциональных шкалах, минимальные показатели в прямых пропорциональных шкалах, и крайние показатели в сигмовидных шкалах. Хотя на практике сложно представить людей с настолько характерными показателями, все же это так называемые классические примеры представителей групп, являются некими эталонами представлений о вкладах признаков определенного типа в общую интегральную оценку психовегетофизического состояния организма.

После проведения кластерного анализа общих коэффициентов интерпретации психовегетофизического состояния организма, оказалось, что кластеризованные группы составили распределение согласно таблице 4.

Желая проверить эффект от кластеризации мы составили гистограммы распределения признаков до и после кластеризации. Ниже на рис. 8, 9, 10, 11 будет показано на примере одного признака (относительная физическая работоспособность в женской подгруппе) как изменился характер распределения по этому признаку после кластеризации. Полиmodalность (наличие нескольких максимальных пиков распределения) гистограмм после кластеризации по сравнению с гистограммами некластеризованных групп становилась гораздо меньше. Надо заметить, что аналогичная картина оказалась результатом кластеризации и в случае других признаков.

И действительно, проверяя статистическую достоверность различий между кластеризованными группами внутри каждого признака (по критерию Краскела–Уоллиса), мы выявили различия с уровнем статистической значимости ($p < 0,001$). Это хорошо видно на уже разобранном выше примере признака относительной физической работоспособности в женской подвыборке (рис. 12).

Примечания (к рис. 12). По оси абсцисс: 1 – кластер специальной медицинской группы; 2 – кластер подготовительной медицинской группы; 3 – кластер основной медицинской группы.

Если рассматривать не каждый признак в отдель-

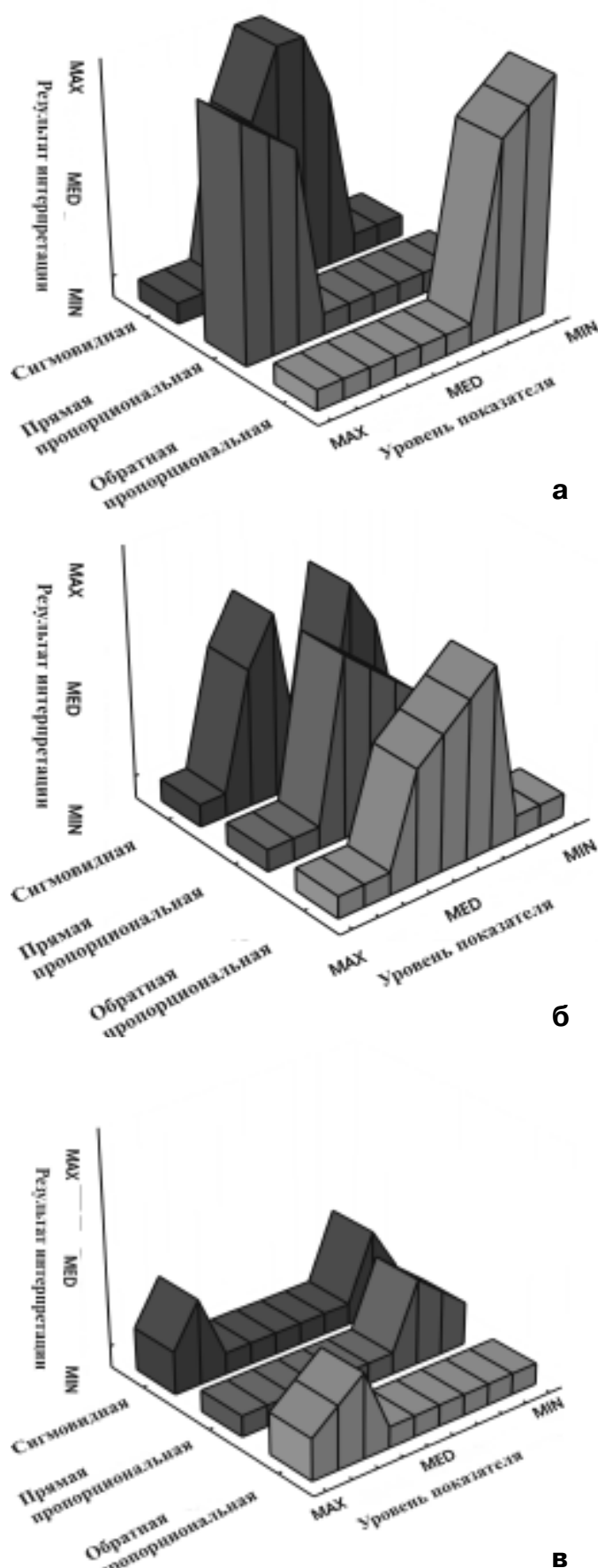


Рис. 7. Эмпирическое графическое изображение распределения показателей в основной (а), подготовительной (б) и специальной медицинской группе (в), сформированных методом кластерного анализа полученных показателей

Таблица 4. Распределение выборки по медицинским группам после процедуры кластеризации

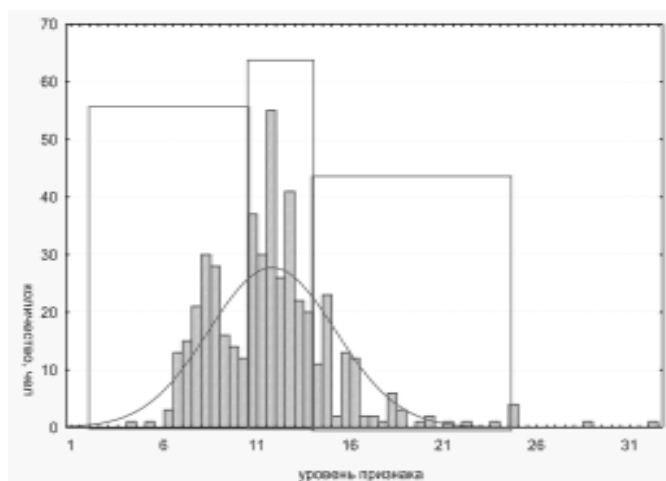
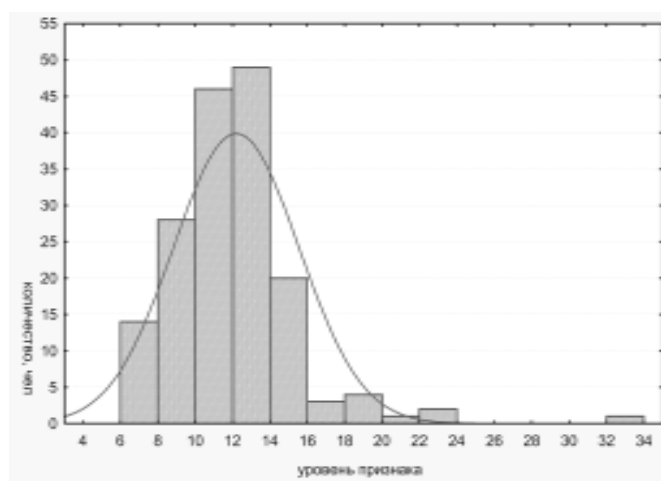
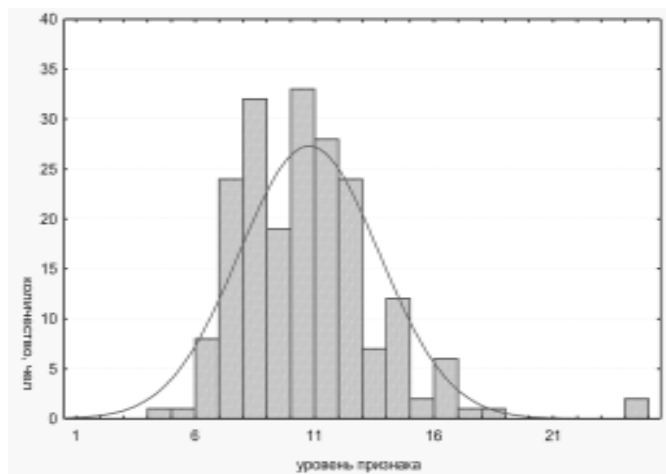
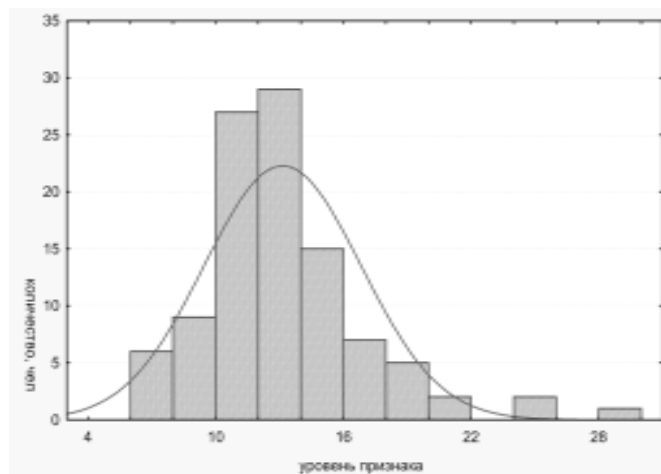
Подвыборки/ медицинские группы	женщины		мужчины	
	Количество, чел	Доля, %	Количество, чел	Доля, %
Основная	216	23	275	45
Подготовительная	346	36	200	33
Специальная	398	41	132	22
Всего	960	100	607	100

ности, а все показатели в целом, то есть в виде итога кластеризации общего коэффициента интерпретации психофизического состояния организма, то визуально картина окажется следующей (рис. 13).

Из графиков видно, что некоторые значения однозначно находятся в определенной области, отличной от расположения соседних областей значений. Однако существуют и такие показатели, которые находятся в областях, взаимно перекрываемых зна-

чениями двух соседних групп.

Для уточнения и выявления правил классификации, а также случаев сомнительной классификации был применен дискриминантный анализ. В результате его применения были выявлены правила классификации, по которым происходит дифференциация медицинской группы у каждого исследуемого. Иначе говоря, были вычислены коэффициенты математической модели – линейной дискриминантной функции для формулировки решающего правила

**Рис. 8.** Распределение признака в женской подвыборке до кластеризации**Рис. 10.** Распределение признака в подготовительной группе после кластеризации**Рис. 9.** Распределение признака в специальной группе после кластеризации**Рис. 11.** Распределение признака в основной группе после кластеризации

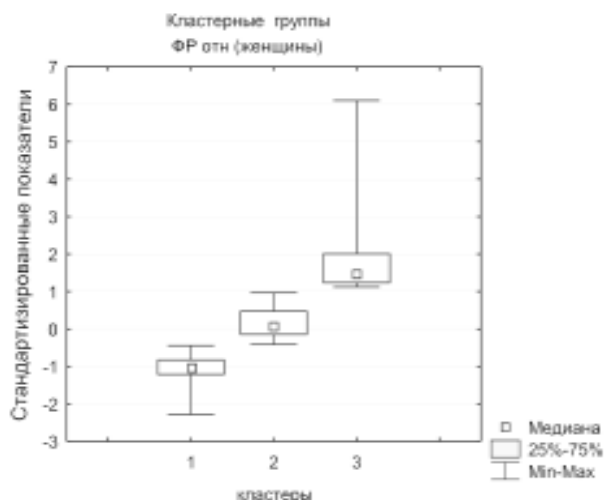


Рис. 12. Различия между кластеризованными группами на примере одного из исследуемых признаков

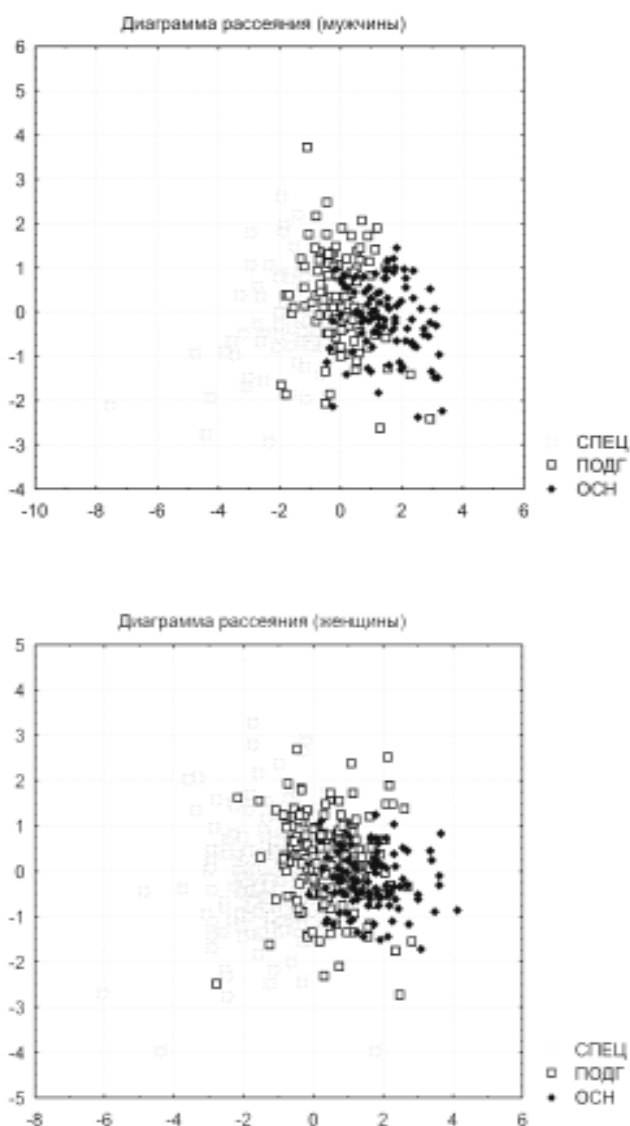


Рис. 13. Диаграмма рассеяния значений общего коэффициента интерпретации психовегетофизического состояния организма как результата кластеризации по медицинским группам

представленного линейным многочленом вида:

$$Y = A_1X_1 + A_2X_2 + A_3X_3 + \dots + A_nX_n + C$$

где X_i – значения анализируемых признаков; A_i – коэффициенты, C – константа.

При помощи данных правил можно решить, к какой из групп будет принадлежать исследуемый объект, исходя из выявления наибольшего значения коэффициента линейной дискриминантной функции, вычисляемого для каждой из групп.

СПЕЦмуж = $0,332MRI + 0,831ЖИ + 0,067СИ + 0,801СИкис + 0,166ПДП + 0,803ФР$ отн -140,979;

ПОДГмуж = $0,324MRI + 0,867ЖИ + 0,080СИ + 0,871СИкис + 0,073ПДП + 0,944ФР$ отн -138,575;

ОСНмуж = $0,331MRI + 0,913ЖИ + 0,099СИ + 0,946СИкис + 0,008ПДП + 1,152ФР$ отн -150,490;

СПЕЦжен = $0,338MRI + 0,591ЖИ + 0,118СИ + 1,185СИкис + 0,217ПДП + 1,370ФР$ отн -127,403;

ПОДГжен = $0,337MRI + 0,646ЖИ + 0,158СИ + 1,252СИкис + 0,135ПДП + 1,540ФР$ отн -131,430;

ОСНжен = $0,350MRI + 0,708ЖИ + 0,191СИ + 1,339СИкис + 0,094ПДП + 1,631ФР$ отн -146,123;

Данные формальные правила индивидуально верны и оптимальны для групповой дифференциации данной выборки. Аналогичные правила могут создаваться для любой другой выборки и любого количества исследуемых признаков в качестве уравнений – индикаторов медицинских групп отдельно для мужской и женской подвыборок.

Для решения проблемы неоднозначной классификации, на основе дискриминантного анализа была создана матрица классификации, с помощью которой можно было проследить качество распознавания принадлежности к группам данной математической модели, а также процент неправильно классифицированных объектов при использовании данного формального правила (таблица 5).

Как видно из таблицы выявились исследуемые (около 26,5% в общем по всем группам), которых не возможно правильно классифицировать применив решающее правило. То есть в данном случае классификация будет неоднозначна, и объект можно будет отнести сразу к двум из соседних групп.

Однако, маловероятно, что это можно расценить как отрицательный вклад в практическую значимость данного способа диагностики медицинской группы. Наоборот, это впервые раскрывает и обосновывает неоднозначность интерпретации медицинских групп, что может привести теперь к конкретным практическим шагам к достижению оптимизации этого процесса. К примеру, возможно, что не классифицируемые случаи относятся к числу ранее не выявленных медицинских групп, физиологическое обоснование которых до данного момента не было возможным. Также возможно наличие пограничных переходных групповых состояний, которые можно классифицировать как пограничные состояния, нуждающиеся в углубленном медицинском исследовании. Однако, если говорить об успешной классификации, то процент правильно классифицированных объектов исследования достаточно велик и составляет в среднем 73,5%, что делает данный способ достаточно ценным для практики врачебного контроля.

Таблица 5. Матрица классификации

Подгруппа	Группа по результатам классификации (истинное распределение)	Процент правильного распознавания группы (качество распознавания)	Группа (прогнозируемое распределение)		
			Специальная группа	Подготовительная группа	Основная группа
Мужчины	Специальная группа (истинное значение)	67,10526	108	54	4
	Подготовительная группа (истинное значение)	82,14286	18	189	30
	Основная группа (истинное значение)	76,84210	4	48	152
	Итого	76,32509	130	291	186
Женщины	Специальная группа (истинное значение)	79,68750	307	78	4
	Подготовительная группа (истинное значение)	70,32967	66	257	46
	Основная группа (истинное значение)	56,12243	2	88	112
	Итого	71,18644	375	423	162

Резюмируя результаты данной работы, можно сделать вывод о создании удобного и проверенного опытным путем инструмента врачебного контроля, при помощи которого врач сможет:

- осуществлять количественную оценку состояния организма;
- достоверно определять интегральный уровень психовегетофизического состояния организма на основании исследования: морфо-функциональных, вегетативных и психических характеристик;
- интерпретировать принадлежность исследуемого к медицинской группе на основании применения кластерного и дискриминантного анализа исследуемых показателей;

Приведенная в работе дифференциация меди-

цинской группы на основе интегральной оценки морфо-функциональных, вегетативных и психологических характеристик студентов начальных курсов вуза города Москвы позволит наиболее дифференцированно подходить к распределению студентов начальных курсов вузов по медицинским группам и, следовательно, наиболее эффективно проводить гармонизацию и адаптацию младших студентов к изменившемуся укладу жизни, к новым возросшим психологическим и физическим нагрузкам, которые предъявляет обучение в системе высшей школы города Москвы.

© Васильев Д.А., Выходец И.Т., 2004

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОГО ИМПУЛЬСНОГО ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ПОЛЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

О.В. Волченкова, В.Н. Орлов

Медицинский центр Российского государственного медицинского университета

Проблема ишемического инсульта приобретает все большую медико-социальную значимость, т.к. инвалидизация вследствие этой патологии чрезвычайно высока.

Основными задачами ранней реабилитации больных с инфарктом мозга является коррекция нарушений микроциркуляции в пораженном участке головного мозга, коррекция реологических и коагуляционных свойств крови, ускорение репаративных процессов в тканях мозга. Для решения этих задач физиотерапевтическими методами нами применялось биоадекватное электромагнитное поле генерируемое аппаратом «Каскад».

Современные представления о механизме биологического действия магнитных полей указывают на тесную взаимосвязь между биотропными параметрами этого фактора и уровнем функционального состояния живых систем. Известно, что в стенке кровеносного сосуда, при прохождении пульсовой волны, возникают биоэлектрические сигналы. Эти сигналы - потенциалы являются значимыми для функционирования многих систем организма. Поэтому их компенсация, при различных патологических состояниях, за счет источника внешнего электромагнитного воздействия дает выраженный патогенетический терапевтический эффект.

Установлено, что магнитное поле способствует восстановлению вегетотрофических нарушений и периферического кровообращения, за счет снижения повышенного тонуса сосудистой стенки, устранения ее спазма и улучшения сосудистой проходности. В тоже время имеются данные о влиянии электромагнитного поля на реологические свойства крови, за счет уменьшения объема эритроцитов, внутрисосудистой разрядки гепарина и нормализации агрегатного состояния тканей экстравазальных пространств.

Мы используем электромагнитные импульсы следующих параметров: частота - 0,8-2,5 Гц, посылка – пауза 1:2, 1:4 амплитуда магнитной индукции – до 10 мТл. Известно, что при применении более низкой частоты – 0,8-1,5 Гц преимущественно оказывается воздействие на артериальное звено кровеносной системы; частота 1,6-2,5 Гц будет влиять на венозное русло. В зависимости от режимов работы и конфигурации воздействующей части аппарата «Каскад» создаются биоэлектрические сигналы, адекватные возникающим в стенке венозного или артериального кровеносного сосуда. Это воздействие лежит в основе нормализации регионарного кровообращения и реологических свойств крови, ремиссии отечных явлений и обезболивающего эффекта, снижения тонуса кровеносных сосудов, повышения PO_2 и снижения PCO_2 в тканях.

Основным носителем информации как внутри, так и между различными биообъектами является элект-

ромагнитное излучение. Энергия, превносимая в биологические среды, в частности ткани мозга, внешним электромагнитным излучением ничтожно малой интенсивности, служит своеобразным катализатором перераспределения свободной энергии запасаемой в макроэргах клеток и тканей, существенно изменяющим их метаболизм и функциональные свойства.

Таким образом, биоадекватное электромагнитное поле не ускоряет нормально протекающий репаративный процесс, а стимулирует создание оптимальных условий для восстановления функциональной способности тканей мозга, в первую очередь, нормализуя регионарный кровоток и микроциркуляцию. При этом отсутствуют термический и механический раздражающие факторы.

Следует отдельно отметить стимулирующее действие данной методики на эндогенную опиоидэргическую систему, что очень важно для больных с инфарктом мозга, т.к. применение большого количества транквилизаторов для коррекции психоэмоциональной сферы значительно снижает толерантность к физическим

нагрузкам и не позволяет адекватно управлять процессом реабилитационных мероприятий.

В комплексе реабилитационных мероприятий у больных с ОНМК по ишемическому типу нами использовались следующие методики воздействия:

1. Транскраниальная – в полость контура воздействующей части аппарата помещалась голова и частично, шейно-воротниковая зона пациента, таким образом, чтобы патологический очаг располагался вблизи центра контура,

при этом контакта с индуктором не требуется. Параметры воздействия следующие: амплитуда выходного сигнала 7-11 делений шкалы, частота 2,5 Гц при длительности воздействия 30-45 минут в режиме 1:2.

2. Дистальная – в полость контура воздействующей части аппарата помещаются

попеременно зоны паретичных конечностей, с наиболее выраженным поражением. Параметры воздействия: амплитуда уровня выходного сигнала 5-10 делений шкалы, частота 0,8-1,2 Гц при длительности воздействия 20 мин. И режиме 1:4 или 1:2.

Транскраниальная методика воздействия нацелена на уменьшение отека мозга, снижение уровня артериального давления, увеличение оксигенации крови и снижение гипоксии, а также на увеличение скорости перекисного окисления липидов и активацию, таким образом, трофических процессов.

Дистальная методика воздействия подразумевает активизацию периферического

кровотока в частично или полностью обездвиженных конечностях, увеличение возбудимости периферических нервных волокон (в основном за счет уве-



личения скорости аксонального транспорта), что приводит к снижению периневрального отека, а это в свою очередь, к значительному прекращению импульсации из болевого очага – обезболивающий эффект. Это облегчает восстановление нервных взаимоотношений.

Методики электромагнитотерапии на аппарате «Каскад» использовались нами на ранних сроках (5-15 суток от начала заболевания) в неврологическом отделении городской клинической больницы №55. В эксперименте принимали участие 80 больных с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне средней мозговой артерии. Из них 45 женщин и 35 мужчин. Средний возраст обследуемых колебался от 44 до 68 лет.

Исследования эффекта, проведенной электромагнитотерапии показывают:

1. Снижение отека в ишемическом очаге, что подтверждено методом магнитно-резонансной томографии.

2. Увеличение объемного кровотока в мозговых сосудах, что подтверждено методом доплерографии, изотопной ангиографии.

3. Стойкое снижение артериального давления.

4. Более быстрая регрессия общемозговых симптомов

5. Регресс отека пораженных конечностей при выраженных нарушениях – парезы, парезы, нарушения чувствительности (поверхностной и глубокой).

6. Выраженное снижение болевого синдрома. Следует отметить, что наиболее выраженный эффект наблюдался при сочетании электромагнитотерапии и тепло или криотерапии.

7. Снижение количества возникающих контрактур, при выраженном гипертонусе в пораженных конечностях.

8. Более интенсивное восстановление глубокой чувствительности.

© Волченкова О.В., Орлов В.Н., 2004

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЧЕТАННОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ И БЛИЗОРУКОСТЬЮ

В.Г. Пантелеева, В.Э. Зыкин

Детская поликлиника ст. Рязань Московской железной дороги

В последние годы значительно увеличилась выявляемость сочетанной патологии опорно-двигательного аппарата с заболеваниями других органов и систем. Это красноречиво подтверждают данные Всероссийской диспансеризации детей 2002 года.

Так, по данным нашего обследования достаточно часто встречаются различные виды нарушения осанки в сочетании с заболеваниями зрительного аппарата, в частности, – с близорукостью. Нам представляется, что это обусловлено несколькими взаимодополняющими причинами. Одной из них являются значительно возросшие нагрузки не только на детей и подростков в школе, но и на детей в дошкольных учреждениях. При этом двигательная активность детей в большинстве своем снижается. Дети ведут малоподвижный образ жизни, значительно меньше занимаются в спортивных секциях в сравнении со своими сверстниками 70-80-х и даже 90-х годов.

Кроме того, следует отметить роль все возрастающей компьютеризации населения. Этот процесс, в какой-то степени, оказывает и негативное влияние на здоровье детей и подростков. Огромное количество компьютерных игровых программ, ориентированных на детский возраст, отвлекают детей от активных занятий физкультурой и спортом, прогулок на свежем воздухе.

Также, в определенной мере, не способствует правильному формированию осанки и зрения и TV, где большое количество программного времени отводится мульт-сериалам и сериалам, опять-таки создаваемым для детей всех возрастов. Зачастую, из-за бесконтрольного со стороны взрослых пребывания перед экраном телевизора или дисплея, у детей страдает как зрительный, так и опорно-двигательный аппарат.

Накладывает свой отпечаток на развитие растущего организма и нерациональное питание. Не всегда родители могут обеспечить своим детям полно-

ценный сбалансированный рацион, проследить за своевременным приемом пищи, проводить требуемую витаминизацию растущего организма.

Мы остановились лишь на нескольких, на наш взгляд, основных причинах, приводящих к сочетанному развитию патологических изменений как со стороны зрения, так и позвоночника. Безусловно, существуют и другие, однако в своей работе мы не ставили задачу рассматривать их.

Исходя из вышеизложенного, целью настоящей работы явилось: установить влияние результатов лечения детей и подростков с нарушением осанки или сколиозом на течение миопии у этих же пациентов.

Под нашим наблюдением находилось 173 пациента в возрасте от 8 до 17 лет, включительно, со сколиозами или нарушением осанки, сочетающимися с близорукостью различной степени. Все они были разделены на две приблизительно идентичные группы. В 1-ой группе дети и подростки систематически получали лечение по поводу ортопедической патологии и близорукости. Во 2-ой группе по различным причинам ортопедическая коррекция или совсем не проводилась, или дети получали лечение нерегулярно, или не в полном объеме.

Коррекция порочной осанки у детей проводилась по общепринятым схемам с учетом индивидуальных особенностей. Кроме клинито- рентгенологических данных учитывались: прогностические признаки, наследственность, сроки от момента появления клинических признаков до постановки диагноза, наличие сопутствующей патологии и ряд других данных.

Лечение включало в себя следующее: ортопедический режим, сон на жесткой постели, лечебную физкультуру по спецкомплексу, лечебное или оздоровительное плавание, лечебные ванны, озокеритовые аппликации, массаж мышц спины и брюшной стенки, электростимуляцию паравerteбральных мышц, витаминотерапию и ряд других видов терапевтических процедур.

Следует отметить, что основной составляющей ортопедической коррекции патологии позвоночника является лечебная физкультура [3,6], которой дети занимаются постоянно с момента установления диагноза. Основными задачами лечебной гимнастики являются: создание общих благоприятных физиологических условий для восстановления правильного положения тела и исправление имеющихся дефектов, а также воспитание правильной осанки. Для каждого больного с учетом особенностей его заболевания разрабатывается план лечения физическими упражнениями. Больные обучаются правильно сознательному выполнению каждого упражнения.

Контроль эффективности лечебных мероприятий осуществлялся объективными методами (спирометрия, динамометрия отдельных групп мышц). Мы считаем наиболее объективным средством контроля эффективности лечения рентгенограммы, выполненные в положении стоя и лежа. Это позволяет определить степень устойчивости позвоночника и эффективность лечения.

Для оценки состояния органа зрения проводилось: беседа с пациентом и родителями, исследование зрительных функций, осмотр глаз.

Комплексное обследование органа зрения включало в себя исследование: остроты зрения каждого глаза по таблице Сивцева – Головина по стандартной методике; состояние аккомодации (определялся запас относительной аккомодации по стандартной методике); рефракции глаз (субъективным методом и скиаскопически); осмотром переднего и заднего отрезков глаз (с использованием щелевой лампы и офтальмоскопов ОР-3А и ОЗ-5). Методами биомикроскопии и офтальмоскопии исследовалось состояние преломляющих сред и глазного дна. В группу наблюдения вошли дети и подростки только с аномалией рефракции (миопия). В таблице 1 приведены исходные показатели зрительных функций до начала ортопедической и офтальмологической коррекции.

Исходя из схемы патогенеза заболеваний данного вида, компенсация их возможна только путём проведения комплексной медикаментозной терапии и специальных зрительных тренировок с целью нормализации аккомодационного аппарата глаз, ослабленная работа которого является важной составляющей в структуре причин развития близорукости.

Курсы лечения включали специальные занятия для тренировки аккомодации со сменными линзами по Аветисову – Мац [1,5], упражнения на аккомодаторенере, назначалась рациональная оптическая коррекция, курсы инстилляций 1% р-ра мезатона (местно по 1 капле за 30 мин. до сна, через день), р-р милдроната (в/м 1 раз в день 10 дней подряд, ежеквартально), массаж воротниковой зоны курсами.

Основным критерием эффективности лечения являлось клиническое состояние пациентов. Оно

Таблица 1. Показатели зрительных функций до начала реабилитации

	Группа, получающая лечение в полном объеме		Контрольная группа	
	ОД	ОБ	ОД	ОБ
Острота зрения вдаль (относит. единицы)	0,21 ± 0,15	0,25 ± 0,15	0,30 ± 0,16	0,43 ± 0,22
Запас относительной аккомодации (дптр.)	3,45 ± 0,9	3,87 ± 1,0	3,81 ± 2,1	4,1 ± 1,1
Степень миопии (дптр.)	2,5 ± 1,4	2,23 ± 1,3	2,5 ± 1,5	2,25 ± 1,1

определялось наличием жалоб и объективным состоянием органа зрения.

Острота зрения вдаль повысилась за время наблюдения в среднем на 25% в основной группе (I), а в контрольной группе (II) – только на 13,1%.

Запас относительной аккомодации повысился в среднем на 35,2% в I группе, а во II группе на 7,2%.

Годичный коэффициент (ГК) прогрессирования миопии в I группе составил в среднем 0,25 дптр/год, причём у 51 (57,9%) ребёнка миопия не прогрессировала вовсе, а зрительные функции улучшались, у 41% детей и подростков ГК прогрессирования миопии был менее 0,75 дптр/год, у остальных детей этот показатель был менее 0,5 дптр/год. Во II группе годичный коэффициент прогрессирования был в среднем 0,75 дптр/год, у 27 детей (31,6%) миопия не прогрессировала, у 31 ребёнка (35,2%) годичный ГК был менее 0,5 дптр/год, у 22 детей (25%) ГК составил менее 1,0 дптр/год, у 2 детей (2,27%) ГК был более 1,0 дптр/год, что послужило поводом для хирургического лечения.

Таким образом, проведенные исследования показали, что для успешного лечения детей с нарушением осанки и различными формами близорукости необходимо проводить сочетанную терапию и той, и другой патологии. Существующие методики тренировки ослабленной аккомодации значительно результативнее, если одновременно проводится и ортопедическая реабилитация. Лечение следует осуществлять под контролем врачей офтальмолога, ортопеда и врача по лечебной физкультуре и спортивной медицине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии. – М. "Медицина". – 1987. – 495.
2. Аветисов Э.С., Розенблюм Ю.З., Шаповалов С.Л. Офтальмологический журнал. – 1984.- № 8.- с.494-497.
3. Андрианов В.Л., Баиров Г.А., Садофьева В.И., Райе Р.Э. Заболевания и повреждения позвоночника у детей и подростков. – М. "Медицина". – 1985.- с.256.
4. Дашевский А.И. Ложная близорукость. - М. "Медицина". - 1973. - с.297.
5. Мац К.А. Новые тренировки цилиарной мышцы при ослабленной аккомодационной способности. : "Дис... канд. мед. наук". - М., 1973. – с.143.
6. Милукова И.В., Евдокимова Т.А. Лечебная гимнастика при нарушении осанки у детей. – М. "ЭКМО" – 2003. - с. 128.
7. Ковалевский Е.И. Глазные болезни. - М. "Медицина". – 1995. - с.431.
8. Роднянский Л.Л., Шубкин В.Н., Трубников В.И. и др. Диспансеризация и реабилитация при сколиозе. – В кн.: Диспансеризация и этапное лечение детей. – Красноярск. 1987. - с.97-101.
9. Черкашов А.М. Диагностика и тактика лечения сколиоза у детей и подростков. – Мед.помощь. - 1994. -N 4. - с.32-35.
10. Эпштейн Г.Г. К вопросу о патогенезе сколиоза. – В кн.: Организация и лечение детей с ортопедическими заболеваниями и травмами. – Л. 1990. - с.28-29.

© Пантелеева В.Г., Зыкин В.Э., 2004

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ ОЛИМПИЙСКИХ СБОРНЫХ РОССИИ

Н.В. Шартанова, Н.И. Ильина, Л.В. Лусс, В.Н. Санинский

ГНЦ Институт Иммунологии МЗ РФ, Госкомспорт России

В настоящее время спорт является важной частью экономической, общественной и культурной жизни, а ведущие спортсмены дают пример для подражания детям и молодежи. Таким образом, огромная доля молодого населения ведет спортивный образ жизни, и многие из них достигают наивысших и наилучших результатов.

В данной статье будет рассматриваться вопрос взаимосвязи аллергических заболеваний с физическими упражнениями и особенности течения аллергопатологии у спортсменов.

Поскольку в индустриально-развитых странах признаки атопии имеет 40% населения (ВОЗ 2000), то резонно предположить, что для профессиональных спортсменов возможна такая же пропорция. Эпидемиологические исследования, проведенные в России, так же указывают на широкое распространение аллергических заболеваний в популяции.

В структуре аллергических заболеваний преобладают аллергический ринит, бронхиальная астма, атопический дерматит.

Одной из важнейших проблем практического здравоохранения является несоответствие данных по обращаемости (по данным мед.статистики) данным, полученным в результате популяционных исследований.

Причин гиподиагностики несколько: это и не обращаемость пациентов к врачу с минимальной симптоматикой, недоступность специализированной аллергологической помощи, недостаточная подготовка врачей первичного звена в области аллергологии и иммунологии.

Гиподиагностика аллергических заболеваний приводит к неадекватной терапии, осложнениям и дальнейшему прогрессированию атопии.

Рост аллергических заболеваний особенно отмечается в течение последних двадцати лет. С точки зрения такого короткого промежутка времени генетические изменения в рамках популяции не могут приниматься в расчет при таком эпидемическом росте. Наиболее вероятно, что изменения в питании, гигиене и других факторах окружающей среды вносят свой вклад в нарастание аллергических болезней.

К факторам риска окружающей среды относятся высокая аллергенная нагрузка (домашняя пыль, клещи, тараканы, пыльца растений), курение, стрессы, низкая или слишком высокая физическая нагрузка, ожирение.

Учитывая все вышесказанное: широкое распространение аллергических заболеваний, низкую реальную диагностику этой патологии, воздействие различных факторов окружающей среды, нам показалось интересным проведение клинко-аллергологического обследования спортсменов, достигших наивысших результатов в спорте (членов сборных России).

Целью исследования было изучение распространенности, структуры и адекватности проводимой терапии аллергических заболеваний у спортсменов высших достижений.

Согласно литературным данным, можно проследить наличие связи между интенсивностью физической нагрузки и аллергией.

По данным зарубежных авторов выделяется три основных нарушения, которые связывают аллергические заболевания с физическими нагрузками: (6):

1. Астма, индуцированная физическим усилием.

2. Анафилаксия, индуцированная физическим усилием.

3. Крапивница, индуцированная физическим усилием.

В течение последних лет появилось несколько сообщений о часто встречающейся астме у элитных спортсменов в разных видах спорта. Так например, официальные данные показали, что на зимних олимпийских играх в США в 1998г были обследованы спортсмены сборных США по биатлону, фигурному катанию, хоккею и лыжному спорту на наличие бронхоспазма, вызванного физической нагрузкой. Наибольший процент лиц с бронхоспастическим компонентом был выявлен среди лыжников (50%), среди них спортсмены, получившие золотые, серебряные и бронзовые медали (8). В 1993г среди участников чемпионата мира 40 % спортсменов (преимущественно лыжники) использовали противоастматические препараты (ингаляции симпатомиметиков, в частности).

Однако, известно, что бронхоспазм, индуцированный физической нагрузкой, может развиваться так же у спортсменов, не страдающих аллергией. Существует несколько гипотез, объясняющих развитие обструкции в бронхолегочной системе, вызванной нагрузкой, например, охлаждение дыхательных путей в связи с гипервентиляцией во время выполнения физических упражнений или за счет усиленной потери жидкости, что так же связано с гипервентиляцией. Отек слизистой верхних и нижних дыхательных путей обусловлен, как правило, либерацией медиаторов из тучных и других клеток – мишеней аллергии (7).

Конечно нельзя забывать, что не всякий бронхоспазм, индуцированный физической нагрузкой сочетается с атопией, но индивидуумы с астмой физического усилия так же нуждаются в профилактическом лечении и постоянном наблюдении врачом.

Следует так же помнить о полости носа у спортсменов. Вероятно, в силу тех же самых механизмов происходит набухание слизистой носа и усиленная назальная секреция во время упражнения, что ограничивает ток воздуха через нос. Это в дальнейшем уменьшает естественное согревание и увлажнение вдыхаемого воздуха при прохождении его в нижние отделы респираторного тракта.

Анафилаксия, вызванная физической нагрузкой может быть зависимой от приема пищи и независимой от него (аквагенная (у пловцов), медикаментозная) (Allergy 2001).

Оказалось, что устранение тест-позитивных продуктов за 4 часа до выполнения упражнения предотвращает развитие анафилаксии, индуцированной физической нагрузкой.

У элитных спортсменов встречается крапивница (холодовая, аквагенная, крапивница, вызванная солнечным облучением и крапивница от длительного сдавливания, например, ягоды у велосипедиста, ступни после бега).

Довольно часто встречается контактный дерматит, например, у пловцов от резиновых очков, сделанных из формальдегидной резины, дерматит на ладонях у спортсменов сборных хоккея на траве.

Таким образом, существует тесная связь между аллергией и спортом и наша задача состоит в том, чтобы профилактическими и лечебными методами позволить спортсменам – аллергикам максимально реализовать свой потенциал без ущерба для здоровья.

Материалы и методы:

Исследование проводилось на базе медицинского цен-

тра АО «Лужники» и клиники ГНЦ Института Иммунологии МЗ РФ.

Обследовались спортсмены сборных России по фигурному катанию, спортивной гимнастике, художественной гимнастике, софтболу, лыжному двоеборью, фехтованию, дзюдо, водному поло, волейболу, гребле на каноэ, хоккею на траве, фристайлу и молодежные сборные по футболу.

В работе использовались следующие методы обследования: скрининг-анкетирование, ретроспективный анализ медицинской документации спортсменов, наблюдающихся в медицинском центре АО «Лужники», аллергологическое обследование, включавшее постановку кожных прик-тестов с бытовыми, пыльцевыми и пищевыми аллергенами, определение уровня общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови, ФВД (по показаниям), тест на бронхоспазм, индуцированный физической нагрузкой (по показаниям), рентгенологические методы (по показаниям), определение уровня иммуноглобулинов классов А, М, G, первичный иммунный статус (по показаниям), статистическая обработка материала.

Скрининг-анкетирование спортсменов проводилось по специально разработанному в Институте Иммунологии МЗ РФ анкетам для долабораторной диагностики аллергических заболеваний.

С учетом клиничко-анамнестических данных проводилось выявление впервые диагностированных и уже имеющих диагнозы аллергических заболеваний спортсменов, а так же выявление и формирование групп риска по аллергопатологии среди лиц с латентной сенсibilизацией и повышенным уровнем иммуноглобулина Е в сыворотке крови.

Результаты исследования:

Нами обследовано 319 спортсменов вышеперечисленных сборных России в возрасте от 12 до 35 лет (средний возраст обследованных составил 19 лет). Из них 143 мужчины и юноши (44,83%) и 176 женщин (55,17%).

По результатам специфического аллергологического обследования, выявлена высокая заболеваемость аллергическими болезнями у спортсменов сборных России, которая составила 43,26%, среди которых у 23,5% аллергические заболевания протекали с наличием клинических симптомов аллергии, а у 19,75% аллергопатология протекала в латентной форме. Сочетание латентной сенсibilизации с повышением уровня общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови обнаружено у 19 человек (6%, $p=319$). Эти спортсмены в первую очередь входят в группу риска аллергических заболеваний, однако, нельзя оставлять без внимания положительные аллергопробы у обследованных без повышения уровня ИгЕ в сыворотке крови. В данном случае спортсмены также нуждаются в дальнейшем наблюдении и повторном аллергологическом обследовании.

Структура аллергических заболеваний, выявленных у обследованных спортсменов, представлена в таблице 1.

Таким образом, в структуре аллергопатологии у спортсменов преобладали аллергический ринит и аллергодерматозы.

Таким образом, самый высокий процент аллергических заболеваний выявлен у спортсменов, занимающихся следующими видами спорта: фигурное катание - 64,5% от числа обследованных в команде и 6,27% от числа всех обследованных спортсменов; хоккей на траве - 65,2% и 4,7% соответственно; спортивная гимнастика - 43,9% и 5,64%; ФШМ - 55% и 3,45% соответственно и др. (см. таблица 2).

Структура аллергопатологии у спортсменов разных видов спорта и, соответственно, вариантов силовых нагрузок также существенно различалась (см. таблица 3).

Выявленные особенности в структуре аллергопатоло-

Таблица 1. Структура аллергических заболеваний, выявленных у обследованных спортсменов

Диагноз	Число спортсменов	Процент от числа обследованных
Бронхиальная астма, аллергической формы	4	1,3
Крапивница	15	4,07%
Поллиноз	13	4,07%
Атопический дерматит	12	3,76
Аллергический (круглогодичный) ринит	13	7,21
Аллергический конъюнктивит	1	0,31
Фотодерматит	1	0,31
Пищевая аллергия	2	0,63
Аскаридозная гиперчувствительность	3	0,94
Накаплический ринит	6	1,87
Латентная сенсibilизация (бытовая, пыльцевая, пищевая)	63	20

гии у спортсменов, занятых в разных видах спорта, позволяют выявить и разработать оптимальные мероприятия по профилактике аллергических заболеваний.

Нельзя не указать на то, что у 94,5% из всех спортсменов с выявленными аллергическими заболеваниями, диагноз был выставлен впервые.

В таблице 4 представлен спектр причинно-значимых аллергенов, выявленный при специфическом аллергологическом обследовании.

В спектре причинных аллергенов преобладала сенсibilизация к бытовому (16,7% среди обследованных спортсменов) и пыльцевым (11,3% среди всех обследованных спортсменов) аллергенам.

Повышение уровня общего Ig Е в сыворотке крови (от 130 до 1000МЕ/мл) выявлено у 29% из 319 обследованных спортсменов. Чаще повышенный уровень общего IgЕ в сыворотке крови отмечался у спортсменов, страдающих аллергическими заболеваниями.

Среди спортсменов с латентной сенсibilизацией к атопическим аллергенам повышенный уровень общего Ig Е в сыворотке крови отмечался у 9% обследованных лиц.

Спектр причинных аллергенов у спортсменов разных видов спорта представлен в таблице 5.

Полученные данные свидетельствуют о том, что сенсibilизация к бытовым аллергенам чаще наблюдается среди спортсменов, занятых в следующих видах спорта: фехтование (сабля и рапира) – от 29 до 57%, футбол - до 25%, хоккей на траве - 17,4%.

Полученные данные об особенностях спектра причинно-значимых аллергенов у спортсменов, занятых в разных видах спорта, вносят существенный вклад в разработку оптимальных методов профилактики аллергических заболеваний.

Заключение и выводы.

Таким образом, широкая распространенность аллергических заболеваний в планетарном масштабе не может не затрагивать популяцию профессиональных спортсменов.

В связи с отсутствием данных об особенностях функционирования иммунной системы у спортсменов, с учетом вариантов физических нагрузок, отсутствие сведений о распространенности, структуре аллергопатологии и спектре причинных аллергенов у этой категории лиц, настоятельно диктует необходимость проведения таких исследований.

Хорошо известно, что сами по себе аллергические заболевания (такие как поллиноз, круглогодичный ринит, атопический дерматит и др.) сопровождаются гиперреактивностью бронхов, поэтому наиболее важной задачей таких исследований является раннее выявление аллергопатологии и своевременное начало профилактического лечения.

Выводы:

1. Выявлено высокое распространение аллергических

Таблица 2. Процент аллергических заболеваний у спортсменов разных видов спорта колебался в широких пределах

Вид спорта	Число спортсменов с признаками аллергии	Процент от числа обследованных в команде	Процент от числа всех обследованных (n=319)
Фигурное катание (n=31)	20	64,5	6,27
Водное поло (n=27)	10	37	3,13
Волейбол (n=13)	6	46	1,9
Хоккей на траве (n=23)	15	65,2	4,7
Гребля на каноэ (n=11)	0	0	0
Фристайл (n=11)	2	18	0,62
Спортивная гимнастика (n=41)	18	43,9	5,64
Софтбол (n=45)	17	37,8	5,33
Художественная гимнастика (n=8)	2	25	0,63
Лыжное двоеборье (n=12)	5	41,7	1,57
Фехтование (сабля) (n=7)	7	100	2,19
Фехтование (рапира) (n=17)	7	41,2	2,19
Дзюдо (женщины) (n=15)	3	20	0,94
ФШМ-91 (n=20)	11	55	3,45
ФШМ-90 (n=17)	9	52,9	2,82
ФШМ-88 (n=21)	6	28,6	1,9

заболеваний у спортсменов высших достижений: 23,5% обследованных спортсменов имели клинические проявления аллергических заболеваний и у 19,7% - аллергопатология протекала в латентной форме.

2. Самый высокий процент аллергических заболеваний выявлен у спортсменов, занимающихся следующими видами спорта: фигурное катание - 64,5% от числа обследованных в команде и 4,7% от числа всех обследованных

спортсменов; хоккей на траве - 65,2% и 4,7% соответственно; спортивная гимнастика - 43,9% и 5,64%; ФШМ - 55% и 3,45% соответственно.

3. В структуре аллергопатологии у обследованных спортсменов преобладали аллергодерматозы - 8,2% и аллергический ринит и конъюнктивит - 7,52%.

4. В спектре причинных аллергенов преобладала сенсибилизация к бытовым (16,7% среди всех обследован-

Таблица 3. Структура аллергопатологии у спортсменов разных видов спорта, в процентах

Вид спорта	Заболевания										
	БА	П	АР	К	АД	АК	ЛА	ПА	Ф	ИР	ЛС
Фигурное катание	3,2	6,45	0	3,2	0	0	3,2	0	0	0	41,9
Водное поло	3,7	7,4	3,7	0	3,7	0	0	0	0	3,7	14,8
Волейбол	0	15,4	0	0	0	0	0	0	0	0	30,7
Хоккей на траве	0	0	4,3	0	13	0	0	0	0	13	26
Гребля на каноэ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Фристайл	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	9
Спортивная гимнастика	0	2,5	7,3	4,9	0	0	2,4	0	0	0	24,4
Софтбол	0	0	6,7	13,3	4,4	2,2	0	0	0	2,2	8,9
Художественная гимнастика	0	0	12,5	0	0	0	0	0	0	0	12,5
Лыжное двоеборье	0	8,3	0	8,3	0	0	0	0	0	0	25
Фехтование (сабля)	0	0	29	29	29	0	0	0	0	0	14,3
Фехтование (рапира)	0	5,9	23,5	0	5,9	0	0	0	0	0	5,9
Дзюдо	0	0	6,7	6,7	6,7	0	0	0	0	0	0
ФШМ - 91	0	5	5	0	0	0	5	0	0	0	40
ФШМ - 90	0	11,8	17,8	0	0	0	0	0	0	0	23,5
ФШМ - 88	9,5	0	0	0	0	0	0	4,8	4,8	0	9,5

Список сокращений см. ниже

Таблица 4. Спектр причинно-значимых аллергенов, выявленный при статистическом аллергологическом обследовании

Аллергены	Число лиц с положительными кожными тестами	Процент от числа всех обследованных (n=319)
Бытовые: Домашняя пыль	93	16,7
Эпидермальные	11	3,5
Пыльца растений: Деревья	15	4,7
Злаки	12	3,8
Сложносочетанные	9	2,8
Пищевые: (рыба, молоко, яйца)	4	1,2
Лекарственные	2	0,6
Иные	1	0,3

ных спортсменов) и пыльцевая (11,3% среди всех обследованных спортсменов) аллергенам.

5. Полученные данные свидетельствуют о высоком распространении аллергопатологии среди спортсменов высших достижений, гиподиагностике аллергических заболеваний у них (94,5% впервые выявленной аллергопатологии), приводящей к позднему назначению адекватной терапии, что может ограничивать результаты спортивных достижений и необходимости дальнейших исследований, направленных на совершенствование аллергологической и иммунологической помощи спортсменам и профилактику аллерго- и иммунопатологии у спортсменов.

Литература:

1. Адо А.Д., Общая аллергология, М., Медицина, 1978, 428с.
2. Гущин И.С., Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. М., Фармус принт. 1998, 252с.
3. Ильина Н. И. Аллергопатология в разных регионах России по результатам клинко-эпидемиологических исследований. Докт. Дисс. М., 1993г, 220с.

4. Лусс Л.В. Аллергия и псевдоаллергия в клинике. Докт.дисс., 1993,220с.

5. Клиническая аллергология. Руководство для практических врачей. под редакцией акад. РАМН, проф., Хаитова Р.М. М., «мед-пресс-информ», 2002, 623с.

6. S.R. Del Giacco, P.E. Manconi, G.S. Del Giacco, Allergy and sport., Allergy 2001, 56, 215-223.

7. Kai-H. Carlsen, Asthma and Allergy in Sportsmen, ACI International 2001, 13, 140-146.

8. Wilber R.L., Rundel K.W., Szmedra L., Jenkinson D.M., Im J., Drake S.D., Incidence of exercise-induced bronchospasm in Olympic winter sport athletes., Med Sci Sports Exerc 2000 Apr, 32(4), 732-7.

9. Nystad W., Harris J., Borgen J.S., Asthma and wheezing among Norwegian elite athletes., Med Sci Sports Exerc 2000 Feb, 32(2), 266-70.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

- АД – атопический дерматит
 АР – аллергический ринит
 АК – аллергический конъюнктивит
 БА – бронхиальная астма
 ИР – идиопатический ринит
 К – крапивница
 ЛА – лекарственная аллергия
 ЛС – латентная сенсибилизация
 П – поллиноз
 ПА – пищевая аллергия
 Ф – фотодерматоз
 IgE – иммуноглобулин класса E
 Д/п – домашняя пыль
 Б/п – библиотечная пыль
 ФШМ – 91- футбольная школа молодежи 1991 года рождения

© Шартанова Н.В., Ильина Н.И., Лусс Л.В., Санинский В.Н., 2004

Таблица 5. Спектр причинных аллергенов у спортсменов разных видов спорта (в процентах)

Вид спорта	Бытовые аллергены	Эпидермальные аллергены	Пыльцевые аллергены	Пищевые аллергены	Лекарственные аллергены	Иные аллергены
Фигурное катание (n=31)	22,6	12,9	14,8	3,7	3,7	0
Водное поло (n=27)	14,8	0	7,4	3,7	0	0
Волейбол (n=13)	7,7	0	30,7	3,3	0	0
Хоккей на траве (n=23)	13	4,3	17,4	0	0	0
Гребля на каноэ (n=11)	0	0	0	0	0	0
Фристайл (n=11)	9	0	0	0	0	0
Спортивная гимнастика (n=41)	19,5	2,4	7,3	2,4	2,4	2,4
Софтболл (n=45)	11,1	0	6,7	0	0	0
Художественная гимнастика (n=8)	12,5	0	12,5	0	0	0
Лыжное двоеборье (n=12)	16,6	0	16,6	0	0	0
Фехтование (сабля) (n=7)	57	0	0	0	0	0
Фехтование (рапира) (n=17)	29,4	5,9	5,9	0	0	0
Дзюдо (n=15)	7	0	0	0	0	0
ФШМ-91 (n=20)	25	5	25	5	5	0
ФШМ-90 (n=17)	29,4	5,9	23,5	5,9	5,9	0
ФШМ-88 (n=21)	19	0	0	4,7	0	0



ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

КАЛЕНДАРЬ СОБЫТИЙ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ РЕАБИЛИТАЦИИ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

15 – 18 апреля 2004 г.

Х ЮБИЛЕЙНАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ ФИТНЕС КОНВЕНЦИЯ WORLD CLASS И ВЫСТАВКА-ЯРМАРКА «ФИТНЕС-ИНДУСТРИЯ 2004»

Россия, Москва

Спорткомплекс «Олимпийский». Оргкомитет: 095-2340075, e-mail: convention@wclass.ru; web: www.worldclass.ru

23 апреля 2004 г.

ТРЕТЬЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, ФИЗИОТЕРАПИИ И КУРОРТОЛОГИИ»

Россия, Москва

Оргкомитет: Студенческий научный кружок кафедры реабилитации, спортивной медицины и физической культуры РГМУ, Студенческое научное общество Российского государственного медицинского университета, 117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел./факс 095-4345792, тел. 901-7119654; e-mail: snk@sportmed.ru; web: www.sportmed.ru/snk

26 April – 2 May 2004

AFRICA REGIONAL CONGRESS

The WCPT Africa Regional Congress, entitled Facing the Challenge, will be held on 26 April - 2 May 2004.

Contact: tsimuz@yahoo.co.uk or bzw.emnkandu@yahoo.com

6 – 8 May 2004

CONFERENCE ON OLDER PEOPLE

The International Organisation of Physical Therapists Working with Older People (IPTOP) will hold its 1st International Conference, with the Irish Gerontology and Neurology group, on 6-8 May 2004 in Dublin, Ireland.

Contact Aine O'Riordon, aineor@oceanfree.net

11 – 16 мая 2004 г.

VII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»

Россия, Сочи

Оргкомитет: АСВОМЕД, г. Москва, Варсонофьевский пер., 3; тел./факс 095-9245594; e-mail: info@rehamed.ru

13 мая 2004 г.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Россия, Смоленск

Оргкомитет: Смоленский ВФД, 214004, г. Смоленск, ул. Кирова, д. 29-б; тел. 0812-651156; e-mail: udz5@zu.ru

15 – 18 May 2004

AUSTRALIAN INTERNATIONAL CONGRESS

The Australian Physiotherapy Association's 8th International Physiotherapy Congress, Improving and Expanding, will be held at Adelaide Convention Centre on 15-18 May 2004. Earlybird registration closes 1 March 2004. Contact: events@plevin.com.au. Web: www.physiotherapy.asn.au/physio congress

24 – 27 мая 2004 г.

ПЕРВАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

РОССИИ»

Россия, Москва

Оргкомитет: МГМСУ, 127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20/1; тел. 095-9729626, 6844275; e-mail: lf_mgmsu5@list.ru

27 – 28 мая 2004 г.

Х МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИКУЛЬТУРЫ И ВАЛЕОЛОГИИ»

Украина, Одесса

Оргкомитет: 65026, Украина, г. Одесса, Валиховский переулок, 2

13-17 June 2004

RESEARCH IN REHABILITATION CONGRESS

The 8th Congress of the European Federation for Research in Rehabilitation (EFRR), entitled «Rehabilitation Science in the New Millennium» will be held in Ljubljana, Slovenia on 13-17 June 2004. Contact: Prof. Crt. Marincek, crt.marincek@mail.ir-rs.si. Web: www.cd-cc.si/EFRR2004

21 – 24 June 2004

REHABILITATION INTERNATIONAL WORLD CONGRESS

The 20th Rehabilitation International World Congress will be held on 21-24 June 2004 in Oslo, Norway. The subject is «Rethinking Rehabilitation». Contact: post@ri-norway.no. Web: www.ri-norway.no

19 – 22 October 2004

QUALITY CONFERENCE

The 21st International Conference of ISQua (The International Society for Quality in Health Care) is entitled «Patient Central», and will be held on 19-22 October 2004, in Amsterdam, the Netherlands.

Web: www.isqua.org. E-mail: isqua@isqua.org

4 – 5 November 2004

EUROPEAN CONGRESS

The European Congress on Physiotherapy Education - «Physiotherapy Education in the New Europe» - will be held on 4-5 November 2004 in Estoril Portugal. Web: www.apfio.pt/acpe

10 – 13 November 2004

BACK AND PELVIC PAIN CONGRESS

The 5th Interdisciplinary Congress on Low Back and Pelvic Pain will be held on 10-13 November, 2004, in Melbourne, Australia. Contact: info@worldcongresslbp.com. Web: www.worldcongresslbp.com

1 – 6 August 2004

ISPO CONGRESS IN HONG KONG

The 11th International Congress of the International Society of Prosthetics and Orthotics, entitled «Innovations for Quality Living», will be held 1-6 August 2004 in Hong Kong.

Further details: www.polyu.edu.hk/ispo2004

7 – 8 октября 2004 г.

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ НАУКЕ И ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Россия, Москва

Оргкомитет: ГНЦ лазерной медицины, 121165, г. Москва, ул. Студенческая, д. 40; 095-2493652, 2493905, e-mail: ziganova@yandex.ru

ИНФОРМАЦИЯ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА

Работы, защищенные в диссертационном Совете д.208.072.07 при Российском государственном медицинском университете по специальности 14.00.51 – восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия, 2 февраля 2004 года:

Пеленицына Е.М., «Электромиографические критерии эффективности применения лечебной физкультуры у больных с церебральным инсультом», – к.м.н.

Гущина Г.И., «Оптимизация системы реабилитационных мероприятий для работников газодобывающей отрасли Крайнего севера, страдающих остеохондрозом позвоночника», – к.м.н.

Председатель Совета – д.м.н. проф. Поляев Б.А.

Ученый секретарь – д.м.н. доц. Иванова Г.Е.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

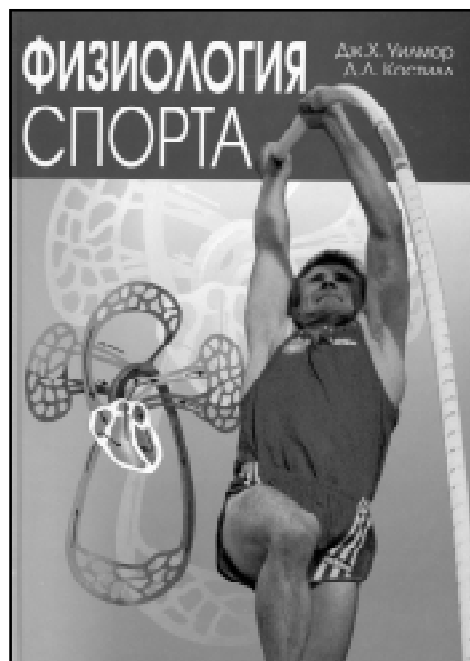
**Уилмор Дж.Х., Костил Д.Л.
ФИЗИОЛОГИЯ СПОРТА**

Киев, Олимпийская литература, 2003 – 504 с.

В учебнике на основании данных анатомии и физиологии человека подробно рассмотрены реакции организма на двигательную активность. Освещена роль нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой и респираторной систем в регуляции обменных процессов. Рассмотрено влияние факторов окружающей среды на двигательную активность, изложены пути оптимизации мышечной деятельности спортсменов. Проанализировано воздействие различных объемов тренировочных занятий и питания на двигательную активность, изменения уровня мышечной деятельности, обусловленные процессом старения, и способы поддержания адекватного уровня физической подготовленности с помощью двигательной активности. В заключительной части рассмотрены профилактика и лечение различных заболеваний, в частности сердечно-сосудистых, ожирения и диабета, с помощью физических упражнений и занятий спортом.

Для студентов, преподавателей, работников физической культуры и спорта.

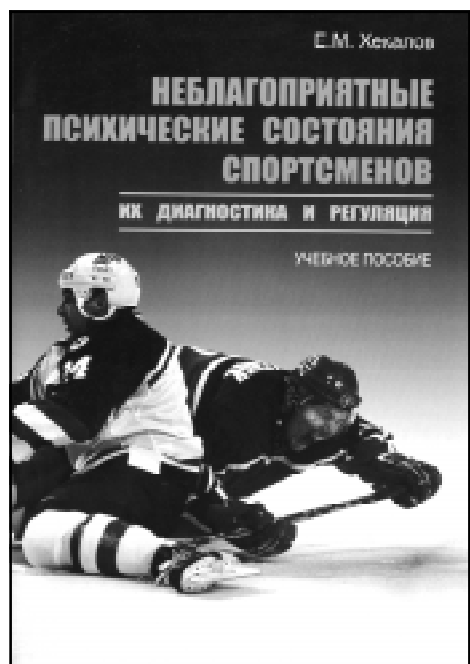
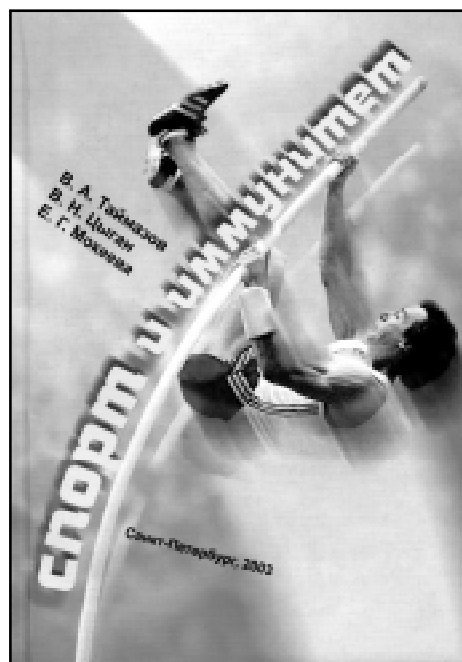
**Таймазов В.А., Цыган В.Н.,
Мокиеева Е.Г.
СПОРТ И ИММУНИТЕТ**
Санкт-Петербург, Изда-



тельство «Олимп СПб», 2003 – 200 с.

В издании представлены современные данные по основам иммунофизиологии и иммунопатологии в спорте. Приведены сведения о гемопоэзе и иммуногенезе в норме и при высоких спортивных нагрузках. Описаны наиболее часто встречающиеся виды иммунодефицитных состояний. Изложены принципы профилактики и коррекции нарушений иммунитета у спортсменов. Освещены подходы к назначению иммунокорректирующей терапии.

Издание предназначено для спортивных врачей, реабилитологов, иммунологов, врачей общей практики. Книга, несомненно, будет полезной научным работникам, студентам спортивных, биологических и медицинских вузов.



**Хекалов Е.М.
НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ, ИХ ДИАГНОСТИКА И РЕГУЛЯЦИЯ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ**
Москва, Советский спорт, 2003 – 64 с.

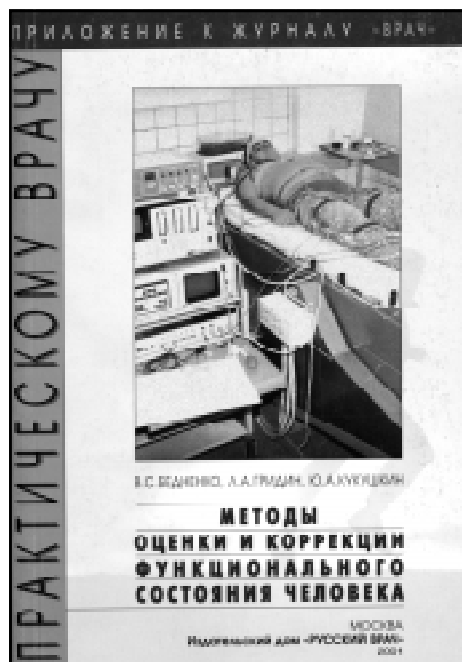
В учебном пособии рассматриваются вопросы о психических состояниях, дается их характеристика, а также приводится классификация неблагоприятных психических состояний спортсменов, описываются экспресс-методики психодиагностики с учетом специфических особенностей спортивной деятельности, раскрываются основные методы регуляции состояний спортсмена как со стороны тренера, психолога, врача, так и самим спортсменом.

Издание адресовано студентам физкультурных вузов.

**В.С.Бедненко, Л.А.Гридин, Ю.А.Кукушкин
МЕТОДЫ ОЦЕНКИ И КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА**

Москва, Издательский дом «Русский врач», 2001 — 112 с. Приложение к журналу «Врач»

В монографии описаны современные бескровные методы оценки и восстановительной коррекции функционального состояния здорового человека. В отличие от клинической медицины восстановительная медицина изучает здорового человека, и ее главной задачей является разработка методов и средств укрепления здоровья, а не распознавание болезней и их лечение. Особое внимание уделено выявлению и коррекции функциональных состояний, которые связаны с обусловленными гипокинезией неблагоприятными изменениями перераспределения крови в организме человека. Книга предназначена для врачей современных центров здоровья и специалистов научно-практических учреждений Минздрава России, деятельность которых связана с укреплением здоровья здоровых людей.





ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Уважаемые коллеги!

Редколлегия журнала убедительно просит придерживаться следующих правил оформления статей.

1. Статья печатается на компьютере через 2 интервала, шрифтом Times, кеглем 12, на листе формата А4. Поля: верхнее и нижнее – 2,5 см, левое – 3,5 см, правое – 1,5 см. В редакцию направляются 2 экземпляра рукописи и дискета.

2. Оформление первой страницы: вначале указываются название статьи, инициалы и фамилия автора (авторов). С новой строки – полное наименование учреждения, в котором была выполнена работа. Для связи с автором следует указать его фамилию, имя, отчество, адрес с почтовым индексом, телефон. Статью обязательно подписывает автор. Коллективная статья должна иметь подписи всех авторов.

3. Объем статей: не более 6 страниц для редакционной статьи, 8 – для оригинальной, 10 – для лекции и обзора литературы, 5 – для клинического наблюдения, 3 – для текущей информации и 2 – для рецензии. Структура оригинальной статьи: введение, материалы и методы исследования, результаты и их обсуждение, выводы. Отдельно прилагается резюме с названием статьи, фамилии и инициалов автора.

4. К статье прилагается иллюстративный материал в виде фотографий, рисунков, рентгенограмм, графиков, таблиц. Местоположение иллюстрации указывается автором в виде квадрата на полях статьи слева. Фотографии (черно-белые или цветные), представленные на глянцевой бумаге размером не более 9х12 см, должны быть контрастными, рисунки четкими; чертежи и диаграммы выполняются тушью на кальке или ватмане или распечатываются на принтере. Фотокопии рентгенограмм представляются только в позитивном изображении. На обороте рисунка ставится его номер, фамилия автора и название статьи (простым карандашом, без нажима).

На отдельном листе печатаются подписи к рисункам со всеми обозначениями.

5. Таблицы с номером, названием и пояснениями печатаются на отдельном листе. Фотокопии таблиц не принимаются.

6. Единицы измерения даются в системе СИ. Употребление в статье не общепринятых сокращений не допускается, малоупотребительные и узкоспециальные термины должны быть расшифрованы.

7. Лекарственные препараты, указанные в статье, должны иметь латинские эквиваленты, их названия и дозировки должны быть тщательно выверены.

8. К статье прилагается список литературы в порядке цитирования автором, напечатанный на отдельном листе через 2 интервала. В списке литературы указывается: при цитировании книги – фамилии и инициалы авторов, полное название книги, место, издательство и год издания, количество страниц; при цитировании статьи в журнале – фамилии и инициалы авторов (если авторов четыре и более, то указывают первых трех авторов и ставят “и др.”), полное название статьи, сокращенное название журнала (сокращения должны соответствовать стилю Index Medicus или MEDLINE), год, том, номер, страницы (первая и последняя). В статье допускаются ссылки на авторефераты диссертационных работ, но не на сами диссертации, так как они являются рукописями.

9. В оригинальных статьях желательно цитировать не более 10 источников, в обзорах литературы – не более 15.

Библиографические ссылки должны быть пронумерованы, в тексте рукописи порядковые номера даются в квадратных скобках в строгом соответствии с пристатейным списком литературы.

10. Представление в редакцию ранее опубликованных статей не допускается.

11. Редакция оставляет за собой право сокращения публикуемых материалов и адаптации их к рубрикам журнала.

Статьи направлять на адрес РАСМИРБИ.

ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНСТВЕ В РАСМИРБИ

Привилегии членов РАСМИРБИ

- Получение членского удостоверение РАСМИРБИ.
- Бесплатная подписка на “Журнал РАСМИРБИ”.
- Скидка (20%) при оплате регистрационных взносов для участия в конференциях, съездах и конгрессах, проводимых РАСМИРБИ.
- Возможность участия в ежегодных конкурсах на лучшую научную работу и стипендию для поездки на международный научный конгресс.

Условия членства в РАСМИРБИ

– Членство в РАСМИРБИ может быть индивидуальным и коллективным и должно подтверждаться оплатой ежегодного членского взноса.

– Сумма членского взноса на 2004 г. составляет \$10 (с оплатой в рублях по курсу Центробанка России на день оплаты).

– Сумма членского взноса должна быть переведена на расчетный счет РАСМИРБИ:

ИНН 7730065860, р/с 40703810600010000088, к/с 30101810700000000501, БИК 044583501 в АКБ “КРЕДИТ-МОСКВА”

Информация о членах, оплативших свое членство в РАСМИРБИ, должна быть послана в виде копии документа, подтверждающего оплату по адресу: 117997, Москва, ул. Островитянова, дом 1, РАСМИРБИ.

РАСЦЕНКИ НА РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ В ЖУРНАЛЕ РАСМИРБИ

Обложка полноцветная:

2-я страница: 1/1 - 300 \$, 1/2 - 200 \$, 1/4 - 150 \$

3-я страница: 1/1 - 300 \$, 1/2 - 200 \$, 1/4 - 150 \$

4-я страница: 1/1 - 500 \$, 1/2 - 300 \$

Реклама внутри журнала: врез в полосу: 1/1 - 200 \$, 1/2 - 150 \$, 1/4 - 100 \$, 1/8 - 50 \$.

Рекламная статья: одна полоса – 100 \$, последующие полосы – 50 \$. При размещении в журнале рекламы на всю полосу четвертой обложки статья публикуется бесплатно.

По вопросам размещения рекламы в журнале обращаться в редакцию по тел. 4345792 и по e-mail: rasmirbi@sportmed.ru

Система комплексного
компьютерного исследования
функционального состояния
организма человека



ОМЕГА-М

СКРИНИНГ
МОНИТОРИНГ
ПРОГНОЗ

- в практической
- клинической
- профилактической медицине

Система комплексного компьютерного исследования
физического состояния спортсменов



ОМЕГА*С*

СКРИНИНГ - МОНИТОРИНГ - ПРОГНОЗ



- тренированности и адаптации спортсмена к физическим нагрузкам
- показателя «спортивной формы»

- энергетического обеспечения организма
- психоэмоционального состояния

Телефон представительства в Москве 8-916-1406955

Kardiomed Line[®] линия кардиотренажеров для

**реабилитации
спортивной
медицины
фитнесса**

Инновационные разработки в концепции поддержания здоровья и продолжительности жизни, снижения веса, кардиореабилитации воплощены в современных тренажерах с чип-картами, объединяемых программным комплексом для тестирования и тренировок.

- все тренажеры в линии оснащены устройством для считывания/программирования чип-карт
- программное обеспечение CardioWell Zone[®] 3-х уровней
- программное обеспечение CardioFlex для мониторингирования ЭКГ сердечно-сосудистых тренировок
- тестовый велоэргометр + 9 различных тренажеров удовлетворяют потребности любого пациента
- независимость от линий электропитания, магнитное сопротивление
- абсолютная безопасность, соответствие международным Европейским нормам DIN/EN 957 S, MDD (медицинское применение)
- сертификаты качества ISO 9002, TUV



**Использование
системы
считывания
чип-карт**

простые
и эффективные
тренировки



**KardioWell
3-х уровневое
программное
обеспечение**

планирование
и документирование
тренировок