

ЖУРНАЛ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ



№ 3(12) 2004

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

Материалы
Третьей международной
научной конференции
студентов и молодых ученых
“АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ,
ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ
КУЛЬТУРЫ, ФИЗИОТЕРАПИИ
И КУРОРТОЛОГИИ”

Москва, 23 апреля 2004 года

Приветственное обращение к участникам
Третьей международной научной конференции студентов и молодых ученых
**“АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЛЕЧЕБНОЙ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, ФИЗИОТЕРАПИИ И КУРОРТОЛОГИИ”**
председателя Комиссии по науке и медицине Европейского Олимпийского Комитета
профессора Фабио Пигоцци (Fabio Pigozzi)



Good morning to all of you. On behalf of EOC MC I would like to welcome all of you – participants to this conference. It's very important for sports medicine to improve participation of young sports physicians all over the world in conferences and congresses, so I'm very happy to welcome you.

My friend Boris Polyayev informed me about this important initiative so I wish you good luck for the future and of course a fruitful conference and fruitful meetings. Thank you.

Здравствуйте! От имени Медицинской комиссии Европейского олимпийского комитета я бы хотел поприветствовать всех вас – участников этой конференции. Для развития спортивной медицины очень важно поощрять участие молодых спортивных врачей всего мира в конференциях и конгрессах, и я очень рад приветствовать вас.

Мой друг Борис Поляев сообщил мне об этом важном начинании и я хочу пожелать вам удачи в будущем и, разумеется, плодотворной конференции и встреч. Спасибо.

ЖУРНАЛ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Москва 2004 г.

№3(12) 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., доцент

Выпускающий редактор

Выходец И.Т.

Дизайн и верстка

© DoctorExit

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

СТРАНИЦА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Вступительное слово главного редактора профессора Б.А. Поляева..... 2

ТЕМА НОМЕРА

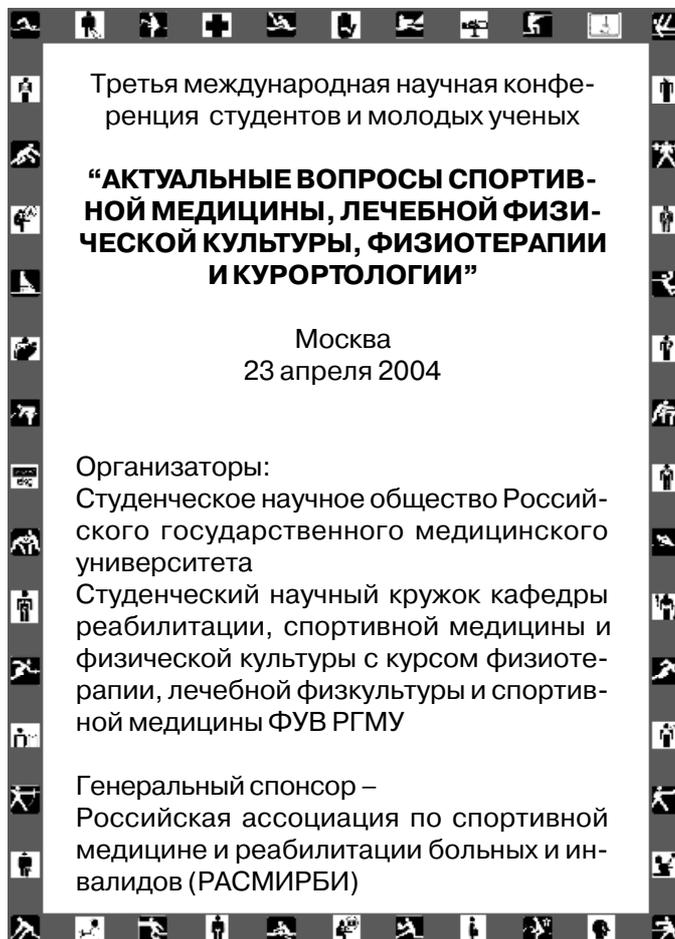
Материалы Третьей международной научной конференции студентов и молодых ученых “Актуальные вопросы спортивной медицины, лечебной физической культуры, физиотерапии и курортологии”..... 3

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

Г.Р. Гигинеишвили «Физио-гидробальнеофакторы в профилактике заболеваний и повышении работоспособности спортсменов..... 38

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

Календарь событий..... 39
Информация диссертационного совета..... 39
Обзор литературы..... 39
Информация для авторов..... 40
Информация о членстве в РАСМИРБИ..... 40
Информация для рекламодателей..... 40



Третья международная научная конференция студентов и молодых ученых

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

Москва
23 апреля 2004

Организаторы:
Студенческое научное общество Российского государственного медицинского университета
Студенческий научный кружок кафедры реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ РГМУ

Генеральный спонсор –
Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов (РАСМИРБИ)

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО К УЧАСТНИКАМ КОНФЕРЕНЦИИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА ПРОФЕССОРА Б.А. ПОЛЯЕВА



Уже третий год подряд мы посвящаем апрельский номер нашего журнала публикации научных работ Международной научной конференции студентов и молодых ученых “АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, ФИЗИОТЕРАПИИ И КУРОРТОЛОГИИ”, которая организуется и проводится Студенческим научным обществом Российского государственного медицинского университета и Студенческим научным кружком кафедры реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ РГМУ. По сложившейся традиции на этой конференции встретится молодое поколение специалистов — будущее нашей профессии, которому, по моему мнению, должно быть очень интересно и полезно участвовать в таких мероприятиях. Опубликованные в этом выпуске журнала тезисы научных работ со всей очевидностью показывают широту и глубину научных интересов молодежи в спортивной медицине, реабилитации, лечебной физкультуре, курортологии и физиотерапии. Надеюсь, что эта конференция еще долгие годы будет традиционно собирать для обмена опытом и дальнейшего сотрудничества студентов, интернов, ординаторов, аспирантов и молодых ученых нашей специальности. Желаю удачи и успеха всем участникам и организаторам конференции!

Главный редактор Журнала РАСМИРБИ профессор Б.А. Поляев

Материалы Третьей международной научной конференции студентов и молодых ученых “АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, ФИЗИОТЕРАПИИ И КУРОРТОЛОГИИ”

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ «АНИКОЛ» В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

И.В.Алексеева

Пермская государственная фармацевтическая академия

Кафедра фармацевтической технологии

Зав. кафедрой – доц. Н.А. Пулина

Научный консультант – проф. В.И. Панцуркин

В Пермской государственной фармацевтической академии на основе нового отечественного местного анестетика анилокаина разработана мазь «Аникол», проявляющая местноанестезирующую, противовоспалительную и антимикробную активность. Препарат не содержит в своем составе антибиотиков, применение которых зачастую провоцирует у больного проявление аллергических реакций, диспепсических явлений. Решением Фармакологического комитета МЗ РФ от 31.01.03 г. мазь рекомендована для применения в медицинской практике. Проведенные клинические исследования в ведущих учреждениях страны показали эффективность мази «Аникол» для лечения ран во II фазе раневого процесса. Препарат практически не вызывал никаких побочных эффектов, местных и общих аллергических реакций. Мазь легкопластична, удобна в применении, легко наносится и хорошо удерживается на ране. Применение мази эффективно в неврологии при болеизнуряющих заболеваниях: пояснично-крестцовых радикулитах, болевых проявлениях при остеохондрозе позвоночника, люмбаго, ишиасе, миозитах, артритах, посттравматическом артрите коленного сустава и т.д. Помимо стационарных лечебных учреждений мазь рекомендуется к широкому применению на врачебных медицинских пунктах для лечения следующих заболеваний: травматические повреждения (ушибы мягких тканей, растяжения связок и т.д.); гнойные раны; инфицированные ссадины лицевой области, голени, потертость стопы; инфицированный термический ожог голени I-II степени. Выраженная обезболивающая эффективность мази подтверждена при лечении деформирующего остеоартроза мелких су-

ставов, а также коленных суставов. Рассматривается возможность применения мази «Аникол» в спортивной медицине.

СИНДРОМ НЕВНИМАНИЯ К ПОРАЖЕННОЙ СТОРОНЕ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ

Е.Б. Андреева

Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет имени акад.

И.П. Павлова

Кафедра физических методов лечения и спортивной медицины. Инсультный блок

Зав. кафедрой – проф. Т.А. Евдокимова

Научный руководитель – О.В. Камаева

У неврологических больных, перенесших инсульт, часто выявляются нарушения восприятия. Такие больные утрачивают способность воспринимать информацию со стороны, противоположной пораженному полушарию. Описаны различные типы и/или степени тяжести такого нарушения у больных инсультом (Warlow et al., 1998) и предложен термин – «зрительно-пространственные нарушения». Эти нарушения - главная причина утраты дееспособности, затрудняющая функциональное восстановление больного (Warlow et al., 1998). Целью исследования явилось выявление больных с зрительно-пространственными нарушениями. Основной задачей было разработать карту оценки восприятия. В основу работы положены данные Stone et al., 1991; Warlow et al., 1998; и других авторов. В карту оценки восприятия включены следующие разделы: зрительное восприятие, сенсорное восприятие, оценка когнитивных функций, оценка праксиса, специальные тесты. За 9 месяцев 2002 года в Инсультном блоке было пролечено 97 больных инсультом. Зрительно-пространственные нарушения выявлены у 25% больных, причем все больные имели поражение правого полушария головного мозга. Дальнейшие исследования будут проводиться с целью уточнения структуры этих нарушений и разработки алгоритмов составления индивидуальных программ реабилитации с учетом особенностей клинического проявления заболевания.



ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Л.Ш. Ахметзянова, А.В. Захарова

Казанский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии с курсом физиотерапии

Зав. кафедрой – д.м.н. проф. И.Г. Салихов

Научный руководитель – к.м.н. асс. Р.А. Бодрова

Эффективность применения ионизированного воздуха в комплексной терапии больных показана в работах ряда авторов (Боголюбов В.М., 2002; Пономаренко Г.Н., 2003). Цель исследования: изучить эффективность применения аэроионотерапии в реабилитации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Под наблюдением находились 35 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, в возрасте от 19 до 58 лет, с длительностью заболевания $10,7 \pm 1,1$ лет. Больные были распределены на 2 группы. 1 группа (контрольная) – 14 больных получали общепринятую терапию; 2 группа – 21 больной получали аэроионотерапию в течение 10-14 дней. После проведенного лечения в контрольной группе больных на фоне общепринятой терапии отмечалась тенденция к снижению «клинического индекса» (КИ) на 18,7% (с $6,4 \pm 0,4$ до $5,2 \pm 0,3$; $P > 0,1$), эмоциональной лабильности на 14,9% (с $12,8 \pm 0,7$ до $10,9 \pm 0,8$; $P > 0,1$). У больных 2 группы снижение КИ отмечалось на 51,7% (с $6,0 \pm 0,4$ до $2,9 \pm 0,2$; $P < 0,01$), эмоциональной лабильности на 33,6% (с $12,5 \pm 0,8$ до $8,3 \pm 0,6$; $P < 0,01$). У больных, принимавших аэроионотерапию (спустя 5 недель) при фиброгастродуоденоскопии отмечалась тенденция к уменьшению размеров язв (с $0,64 \times 0,66$ мм до $0,55 \times 0,42$ мм; $P > 0,1$), по данным электроэнцефалографии наблюдалась тенденция к нормализации ритмов мозга с преобладанием α -ритма ($P > 0,1$). Следовательно, включение аэроионофореза у данных больных способствует уменьшению эмоциональной лабильности, улучшению репаративных процессов, что повышает эффективность их реабилитации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПО ПОВОДУ КОКСАРТРОЗА

О.Л. Белянин

Санкт-Петербургский Научно-практический центр МСЭ, протезирования и реабилитации инвалидов (СПб НЦЭПР) им. Г.А. Альбрехта

Отдел проблем МСЭ и медицинской реабилитации инвалидов

Зав. отделом – д.м.н. И.И. Никитченко

Научный руководитель – д.м.н. И.И. Никитченко

Корректирующая остеотомия (КОТ) бедренной кости (БК) по поводу коксартроза является мощным средством медицинской реабилитации, расширяющим возможности бытового самообслуживания и трудовой деятельности инвалида. Однако, ее эффект недостаточен, если в течение максимально длительного периода реституции не применять комплекс восстановительной терапии и ЛФК при соблюдении режима труда и быта. Цель работы: биомеханическими методами (ихно-, подо-, гонио-, стабилотография, система «Диа-след» и др.) определить эффективность ЛФК после КОТ БК по параметрам опороспособности, суставной подвижности нижней конечности и устойчивости стояния и ходьбы. Обследовано 140 больных в динамике до 10 лет после операции. Показано, что в зависимости от стадии развития артроза КОТ БК приводит к стабильному улучшению биомеханических показателей у 45,6%-69,8% больных. Болевой синдром снижается или исчезает полностью у 88,3%, а контрактурные ограничения подвижности в тазобедренном суставе у 46,5%. Повторные исследования через 5-6 лет показали стабильный результат и только через 7-8 лет начали вновь появляться боли и контрактуры с формированием порочного положения конечности. Раннее и систематическое применение ЛФК, направленной на разработку сустава и увеличение силы мышц конечностей достоверно ($p < 0,05$) отдалает до 10 лет появление болей и развитие повторных контрактур по сравнению с контрольной группой инвалидов.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ БАЗА ДАННЫХ СПОРТСМЕНОВ-ТУРИСТОВ ТУРИСТИЧЕСКОГО КЛУБА “ВИТАЛИС” БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**А.С. Бердыев, Э.Р. Шамаева, З.Х. Мусин**
Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Зав. кафедрой – проф. В.Ш. Вагапова

Кафедра физического воспитания, лечебной физкультуры и врачебного контроля

Зав. кафедрой – доц. З.Х. Мусин

Научный руководитель – доц. А.Е. Стрижков

Хранение индивидуальных данных антропометрического обследования спортсмена туриста в едином информационном центре имеет важное значение. Во-первых, их знание позволяет рационализировать индивидуальные схемы тренировок. Во-вторых, при несчастных случаях поможет идентифицировать потерпевших. Целью настоящего исследования явилась разработка антропометрической базы данных спортсменов-туристов в туристическом клубе “Виталис” Башкирского государственного медицинского университета. Для достижения поставленной цели решались следующие задачи: 1. Выбор необходимого минимума антропометрических данных. 2. Проведение антропометрического обследования туристов. 3. Заполнение базы данных и ее обслуживание. Объектом исследования служили 108 студентов – членов туристического клуба “Виталис” Башкирского государственного медицинского университета. Возраст обследованных был от 17 до 23 лет, 64% студентов составили женщины, 36% – мужчины. Сбор данных осуществлялся стандартными и собственными оригинальными методами антропометрического обследования. Определялись линейные и объемные параметры туловища и его сегментов, конечностей и их частей. В крупных суставах определялась активная и пассивная подвижности. Кроме того, использовались данные медицинского обследования спортсменов. Для обработки и хранения полученных количественных и описательных данных соматометрии использовалась программа MS Access. Кроме этого данные дублировались

на бумажном носителе. Созданная база данных имеет возможность постоянного обновления. Она используется при коррекции индивидуальной подготовки туриста, допусках спортсмена к соревнованиям, реабилитации после травм и заболеваний.

ВЫЯВЛЕНИЕ РАЗЛИЧИЙ В ИЗМЕНЕНИИ ПАРАМЕТРОВ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ЛЮДЕЙ ПРИ ЗАНЯТИИ НЕКОТОРЫМИ ВИДАМИ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**А.В. Блытов**

Российский университет дружбы народов

Кафедра нормальной физиологии

Зав. кафедрой – д.м.н. проф. В.И. Торшин

Научный руководитель – акад. РАМН проф. Н.А. Агаджанян

Наблюдаемое во многих странах мира широкое развитие экстремальных видов спорта указывает на необходимость установления соответствия уровня напряжения регуляторных систем в ответ на различные по характеру и продолжительности действия экзогенного стрессорного фактора. Целью исследования являлось выявление различий в изменении параметров кардиореспираторной системы у людей при занятии некоторыми видами экстремальной деятельности и на основании полученных результатов провести их ранжирование. В работе применялись методики пневмотахометрии и кардиоинтервалографии с регистрацией основных параметров кардиореспираторной системы, а также проведены тесты по таблице Айзенка и методике Спилбергера-Ханина для определения типа высшей нервной деятельности обследованных. С участием 180 практически здоровых добровольцев проведены исследования парапланеристов пилотов и новичков, горнолыжников инструкторов и новичков, парашютистов-новичков, парашютистов-пожарников и боксеров. Анализ результатов позволил выявить более стрессоустойчивые группы и некоторые различия в реакции кардиореспираторной системы. Все это позволило сделать вывод о силе влияния стресс-фактора и физической нагрузки в совокупности, в частности установлено более сильное влияние стресс-



фактора на боксеров и менее выраженное влияние на парашютистов-пожарников. Так же выявлено, что экстравертов среди обследованных более чем в 2 раза больше (31%) чем интровертов (12%). Остальные обследованные относились к невыраженному (среднему) типу темперамента (57%).

ЛЕЧЕБНОЕ ПЛАВАНИЕ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В.Г. Богатых, О.Л. Белянин

Санкт-Петербургский Научно-практический центр МСЭ, протезирования и реабилитации инвалидов (СПб НЦЭПР) им. Г.А. Альбрехта

Отдел создания технических средств реабилитации

**Зав. отделом – д.м.н. С.Ф. Курдыбайло
Научный руководитель – д.м.н. С.Ф. Курдыбайло**

Реабилитация инвалидов после ампутаций нижних конечностей осложняется контрактурами и порочной установкой культей бедер, развитием артериальной гипертензии у 25,5% инвалидов вследствие кровопотери и психоэмоционального шока и нарушением обменных процессов в форме ожирения. С целью разработки специализированных плавсредств и режимов лечебного плавания и изучения его реабилитационной эффективности у 208 инвалидов изучена структура плавательных движений и динамика основных показателей сердечно-сосудистой системы. Односторонняя ампутация усиливает крен на 10-120 в сторону сохранной конечности. При двухсторонних ампутациях из-за смещения ОЦМ почти на 5,0% вперед нарушается правильная гидропланирующая поза с погружением головы в воду и подъемом тазового конца с культей бедер над ее уровнем. Подъем головы вверх формирует гиперлордоз с возрастанием угла атаки альфа до 12-160 (в 2-3 раза) и повышением коэффициента лобового сопротивления (Rx) плаванию. Недостаточность маховых усилий (Fh) культей, создающих проталкивающую силу пловца провоцирует более интенсивные гребки руками. Координация движений нарушается, что на фоне ПАГ приводит к повышению энергозатрат. Для смещения ОЦМ кзади и коррекции

профиля тела в воде разработан утяжеляющий пояс. Для усиления Fh - моноласта с килем. Систематические занятия плаванием инвалидов с этими средствами улучшили координацию движений при меньшем утомлении и большей скорости плавания и снизили АД на 5,8%, а периферическое сопротивление (ПС) на 24.6%.

ИЗМЕНЧИВОСТЬ СТРУКТУРЫ МОТОРИКИ И ТИПОВ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ 7-10 ЛЕТ

О.Е. Бувашкин, Р.Р. Салимзянов, Е.Н. Артемкина

Ульяновский государственный университет

Кафедра теории спорта и оздоровительных технологий

Зав. кафедрой – к.б.н. доц. С.П. Левушкин

Научный руководитель – к.б.н. доц. С.П. Левушкин

Одной из наиболее важных задач, возникающих при реализации индивидуального подхода в физическом воспитании школьников, является выявление показателей и критериев, по которым учащихся можно распределить на определенные группы для последующего эффективного воздействия. Результаты исследований последних лет позволяют говорить о том, что наиболее важными типологическими признаками в физическом воспитании являются особенности телосложения и структура моторики (Д.М. Пискова, 1993; В.В. Зайцева, 1995; В.Н. Сосницкий, 2000; С.П. Левушкин и соавт., 2000-2004 и др.). Нами проведено исследование, посвященное изучению возрастной динамики структуры моторики и типов телосложения у младших школьников с целью выявления наиболее консервативного (из перечисленных) критерия дифференциации учащихся для реализации индивидуального подхода в физическом воспитании. В исследовании, проводимом на протяжении одного календарного года, приняли участие 186 учащихся мужского пола в возрасте 7-10 лет. В результате обследования было выявлено, что наиболее консервативным типологическим признаком является тип телосложения – его изменения были обнаружены в среднем в 4,67% слу-

чаев. Причем, если в 7-8 лет подобного рода изменений в типах телосложения выявлено не было, то в 8-9 лет было обнаружено наибольшее их количество – 7,8%. Изменения структуры моторики у младших школьников в среднем почти в 5 раз превышали изменения типов телосложения, а наибольшее количество изменений пришлось на возраст 9-10 лет и составило 24,4%. В связи с этим нами был сделан вывод о том, что наиболее консервативным и, следовательно, более подходящим критерием для деления школьников на группы с целью реализации индивидуального подхода в физическом воспитании являются типологические особенности телосложения.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ МОДИФИКАЦИЯ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ

Д.А. Васильев, И.Т. Выходец

Российский государственный медицинский университет

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ

Зав. кафедрой – акад. РАЕН проф. Б.А. Поляев

Научный руководитель – акад. РАЕН проф. Б.А. Поляев

Целью данного исследования было выявление критериев количественной оценки уровня и нарушений морфо-функционального состояния организма для выявления возможности объективного определения медицинской группы у занимающихся физической культурой и спортом. У группы студентов (n=1567; 960 – женщины, 607 – мужчины) исследовались морфо-функциональные признаки, коррелирующие с уровнем физического здоровья организма: длина тела, масса тела, жизненная емкость легких, динамометрия, пульсометрия, артериальное давление, физическая работоспособность. Исходя из общепринятой классификации медицинских групп, признаки статистически стандартизировались и подвергались кластерному анализу. Таким образом, они разделялись на реально существующие, статистически отличные друг от друга

структуры данных. В зависимости от распределения в ту или иную группу исследуемый получал тот или иной интерпретирующий коэффициент. Интерпретирующий коэффициент отражал уровень морфо-функционального состояния и его отклонение от нормального морфо-функционального состояния в количественном отношении у конкретного человека. Таким образом, исследуемые разделялись на статистически разные группы, отличающиеся друг от друга по уровню морфо-функционального состояния организма. Группа с наиболее низким уровнем морфо-функционального состояния относится к специальной медицинской группе, группа со средним – к подготовительной, а группа с высоким – к основной. С помощью дискриминантного анализа рассчитывались решающие правила для каждой медицинской группы, что позволяло выработать правила классификации для данной выборки обследуемых, что давало возможность интерпретировать медицинскую группу у вновь исследуемых. Количественный подход в идентификации медицинской группы является объективным способом оценки морфо-функционального состояния лиц, занимающихся физической культурой и спортом и может быть использован для проведения массовых медицинских осмотров в сфере врачебного контроля.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ А.Н. СТРЕЛЬНИКОВОЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

С.В. Волин

Московская государственная академия физической культуры

Кафедра спортивной медицины

Зав. кафедрой – проф. Н.Д. Граевская

Научный руководитель – ст. преп. А.И. Бабушкина

К хроническим обструктивным болезням легких (ХОБЛ) относятся: хронический бронхит, хроническая пневмония, пневмосклероз, бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма, эмфизема легких. ХОБЛ повсеместно является одной из ведущих причин заболеваемости и летальности.

Летальность от ХОБЛ занимает 3 место среди всех причин смерти в общей популяции, уступая лишь сердечно-сосудистыми онкологическим болезням. Этому способствуют возросшие темпы загрязнения воздуха и масштабы применения химических продуктов на производстве, в сельском хозяйстве и быту. Курение ответственно за развитие и прогрессирование ХОБЛ в 80-90% случаев. Риск смерти от ХОБЛ у лиц, выкуривающих более 25 сигарет в сутки, в 30 раз больше, чем у некурящих. Эксперты ВОЗ предполагают, что по размерам экономического ущерба, наносимого болезнями ХОБЛ с 12 места в 1990 г., передвинется на 5 место к 2020 г. и займет лидирующее место среди болезней органов дыхания. В комплексной реабилитации больных ХОБЛ наряду с медикаментозными методами лечения, широко применяется лечебная физическая культура, как метод многостороннего воздействия на организм больного с целью улучшения функции дыхания и сердечно-сосудистой системы, дренажной функции бронхов, повышения общей физической активности. В процессе исследования нами была использована дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой. Эксперимент проводился в отделении пульмонологии на базе ГКБ им. С.П. Боткина (г. Москва) с сентября 2002г. по март 2003г. Все больные ХОБЛ были распределены на 2 группы: экспериментальную 10 человек (занятия по дыхательной гимнастике А.Н. Стрельниковой) и контрольную 10 человек (занятия лечебной гимнастикой по общепринятой методике). Возраст больных от 35-55 лет. Методы исследования: спирометрия, пикфлоуметрия, экскурсия грудной клетки, функциональные пробы Штанге и Генчи. В результате проведенного эксперимента выявилась положительная динамика по большинству изучаемых показателей. Отмечено увеличение ЖЕЛ на 0,38 л/мин. (с 2,48 до 2,86 л/мин.), проба Штанге улучшилась на 23 секунды (с 25 сек. до 48 сек.), проба Генчи – на 10 секунд (с 15 сек. до 25 сек.). Также, увеличилась пиковая скорость выдоха на 0,16 л/мин. (с 0,27 л/мин. до 0,43 л/мин.). Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии занятий дыхательной гимнастикой А.Н. Стрельниковой на функцию внешнего дыхания и могут быть рекомендованы в комплексной реабилитации больных с ХОБЛ на всех этапах лечения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ МАЛЬЧИКОВ 13-15 ЛЕТ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПО МЕТОДУ К.П. БУТЕЙКО

Г.Т. Гарифуллина, Н.А. Морозов

Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра физического воспитания, врачебного контроля и лечебной физкультуры

Зав. кафедрой – доц. З.Х. Мусин

Научный руководитель – доц. З.Х. Мусин

Легочная патология в целом, и бронхиальная астма в особенности становится одним из наиболее распространенных заболеваний в современном обществе. По некоторым данным при бронхиальной астме у детей достаточно успешно применяется метод дыхательной гимнастики по К.П. Бутейко (Гимнастики). Работа была выполнена в реабилитационном центре республиканской детской клинической больницы (РДКБ). Исследование проведено на мальчиках 13-15 лет, страдающих различной формой бронхиальной астмы и находящихся на лечении в РДКБ. Контрольную группу составили дети, проходящие обычный курс лечения бронхиальной астмы, экспериментальную группу – дети, дополнительно прошедшие реабилитацию по методу К.П. Бутейко. В экспериментальной группе большое внимание было уделено предварительной работе с детьми, а также их родителями по усвоению метода волевой ликвидации глубокого дыхания (ВЛГД). Дети экспериментальной группы проходили все три этапа подготовки занятий по классической схеме К.П. Бутейко. Ежедневно у каждого пациента регистрировалась частота сердечных сокращений, частота дыхания, КП и составлялся соответствующий протокол. Реабилитационные мероприятия по методу К.П. Бутейко проводились в экспериментальной группе после окончания основного курса лечения. Курс реабилитации составлял 15 дней. Контрольная группа наблюдалась в те же временные интервалы, но без Гимнастики. Выводы: 1. Восстановление дыхательных функций у детей при бронхиальной астме является одной из наиболее актуальных проблем реабилитации. 2. По данным литературы, дыхательная гимнастика по К.П. Бутейко может воздействовать на основные звенья патогенеза при бронхиальной астме.

3. Курс Гимнастики вызывает увеличение продолжительности контрольной паузы у детей, страдающих бронхиальной астмой. 4. Курс Гимнастики ведет к уменьшению ЧД в покое у детей, страдающих бронхиальной астмой. 5. Курс Гимнастики ведет к уменьшению сердечных сокращений в покое у детей страдающих бронхиальной астмой. 6. Данные сдвиги в кардиореспираторной системе после курса реабилитации можно оценить как положительные.

СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

И.С. Губарева

**ГУ «Центр спортивной подготовки» Госкомспорта России
Управление медико-биологического обеспечения сборных команд России
Начальник – В.Н. Санинский
Научные руководители – к.м.н. В.А. Перминов, к.б.н. А.Ф. Конькова**

Известно, что адекватность адаптации к любому внешнему воздействию в конечном итоге зависит от энергетических возможностей человека. Целью работы является упрощение процесса оценки состояния организма при любой форме нагрузки в реальном масштабе времени, определение момента достижения анаэробного порога и указание на ситуацию в организме, когда положительное развитие адаптационных реакций, ведущих к повышению энергетического потенциала, меняется на отрицательное, свидетельствующее о начинающейся дезадаптации. Для решения поставленной задачи использовано изменение внутренней и внешней температур человека в процессе работы. Математический анализ экспериментального материала, полученного на спортсменах всех уровней квалификации и людях не занимающихся спортивной деятельностью, выявил высокие достоверные корреляции между показателями эффективности регуляции энергостатуса (ПЭРЭГ) и общеупотребительными биохимическими показателями (лактат, пируват, фосфор неорганический, азот аминный, мочевины). Наиболее распространенной и общепринятой оценкой анаэробного порога является уровень лактата крови, равный 4,0 ммл/л. В предлагае-

мом способе такому уровню соответствуют 0 цифровое значение ПЭРЭГ, при этом если вычисленное значение меньше -2, то организм имеет резервные возможности, в диапазоне от -2 до +2 – оптимальная реакция, при значении выше +2 организм находится в состоянии перенапряжения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАБИЛОМЕТРИИ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

П.В. Давыдов, Н.С. Доровских

**Российский государственный медицинский университет
Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ**

**Зав. кафедрой – акад. РАЕН проф. Б.А. Поляев
Научный руководитель – д.м.н. доц. Г.Е. Иванова**

В кардиологическом отделении ГКБ №55 г. Москвы наблюдались 18 больных инфарктом миокарда (15 мужчин и 3 женщины). После стабилизации состояния пациента, основных показателей гемодинамики (3 - 4 сутки болезни) проводилось первичное обследование при помощи элементарных функциональных проб, а также компьютерной стабиллометрии. Компьютерное стабиллометрическое исследование проводилось как в положении и стоя, так и в положении сидя. В каждом положении исследовалось: 1. Стойка с открытыми/закрытыми глазами. 2. Повороты головы с открытыми глазами: вправо, влево. 3. Повороты головы с закрытыми глазами: вправо, влево. 4. Поворот только открытых глаз: вправо, влево. 5. Поворот только закрытых глаз: вправо, влево. По результатам проведенных стабиллометрических тестов можно отметить, что у 100% пациентов, у которых по данным функциональных проб определялся полупостельный двигательный режим, в положении сидя устойчивость в несколько раз выше, чем в положении стоя. В положении стоя на данном этапе отмечаются явные колебательные движения, преимущественно в сагиттальной плоскости. Увеличение устойчивости наблюдалось с момента назначения пациентам палатного режима, а на свободном



двигательном режиме устойчивость пациентов приближалась к значениям здоровых, не страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, людей. Таким образом, данные компьютерного стабилметрического исследования совпадают с данными простых функциональных проб при определении двигательного режима больных острым инфарктом миокарда и подтверждают значимость их проведения в целях оценки состояния.

СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Р.Л. Джанаева, А.А. Абаева, Е.А. Алексеева

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Кафедра госпитальной терапии

Зав. кафедрой – д.м.н. проф. З.Т. Астахова

Научный руководитель – к.м.н. доц. Т.Н. Кошлякова

Возможность эффективного использования молодого специалиста зависит от его здоровья и физической подготовленности. Цель работы - изучение соматического здоровья студентов-медиков. Основная задача - экспресс-оценка физического здоровья (методика Г.Л.Апанасенко, 1988), изучение общей и региональной (церебральной) гемодинамики (эхокардиография, реография, интервалокардиография, велоэргометрия) у студентов-выпускников. Обследовано 120 практически здоровых студентов-медиков из них 42 мужского, 78 женского пола в возрасте от 22 до 25 лет. По экспресс-оценке физического здоровья выявлено, что к 4 и 5 группе (безопасный уровень здоровья) относятся 18,2% к 1 и 2 (низкий уровень здоровья) 40,8%, к 3 группе (среднее состояние здоровья) 40% обследованных. Анализ полученных данных функционального обследования свидетельствует, что у студентов 1и2 группы здоровья отмечается высокий процент нарушений гемодинамики снижение реографического индекса (РИ) в 35,7% случаев, замедление скорости медленного кровенаполнения - $V_{ср}$ - в 85,7%, что свидетельствует о начальных нарушениях церебрального кровотока. У студентов 4 и 5 групп вышеописанные изменения встре-

чались реже (соответственно 15% и 22% случаев); если в 4 и 5 группах гиперкинетический тип кровообращения встречался в 50%, то в 1-2 группах в 70% случаев. Данные ритмографии свидетельствуют о снижении адаптационных резервов организма (более выраженные в 1-2 группах). Физическая работоспособность и аэробная производительность (МПК) выше в 4 5 группах ($p < 0,0001$). Результаты исследований указывают на функциональные нарушения у практически здоровых студентов выпускников, носящие доклинический характер и свидетельствуют о необходимости разработки рекомендации по ранней профилактике и реабилитации данной группы лиц.

КРИТЕРИИ ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Н.С. Доровских, П.В. Давыдов

Российский государственный медицинский университет

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ

Зав. кафедрой – акад. РАЕН проф. Б.А. Поляев

Научные руководители – к.м.н доц. А.Н. Лобов, д.м.н. доц. Г.Е. Иванова

По мнению экспертов ВОЗ, приоритет в общей системе реабилитационных мероприятий при ишемической болезни сердца (ИБС) принадлежит физическим упражнениям. Но во избежание возможности развития всякого рода осложнений в период тренировок, следует совершенствовать не только тренировочные программы, но и принципы отбора больных для тренировок, а так же принципы контроля их эффективности. Остается спорным вопрос относительно сроков назначения активизации и содержания двигательных режимов в самом раннем постинфарктном периоде на стационарном этапе лечения, особенно у больных с осложненным течением инфаркта миокарда. Как и когда наиболее быстро и эффективно подвергать больного вертикализации, как оценивать реакцию пациента на вертикализацию, как превратить вертикализацию в заранее контролируемый процесс.

Известно, что для получения полной и объективной информации о работе сердца требуется проведение комплекса инструментальных методов исследований. При динамическом наблюдении за состоянием больных в периоде реабилитации после инфаркта миокарда предпочтение отдается бескровным методам обследования, технически наиболее простым и доступным. Важное место в этом плане занимает электрокардиография. Однако ЭКГ у больных ИБС в состоянии покоя не позволяет объективно оценить коронарный и миокардиальный резервы, в связи с чем значительно возрастает роль проб с физической нагрузкой. Целесообразность проведения проб с ФН у больных в раннем периоде ИМ аргументирована необходимостью объективной оценки индивидуальной толерантности к ФН с целью составления индивидуализированных программ реабилитации и внесения коррекции в фармакотерапию таких больных. Безусловным критерием эффективности того или иного положения тела человека является стабильность положения и экономичность обеспечения поддержания этого положения со стороны систем, обеспечивающих транспорт кислорода. Однако никогда ранее не применялся метод стабиллометрии как возможный критерий расширения двигательной активности больных на стационарном этапе лечения инфаркта миокарда. Стабиллометрия - метод исследования баланса тела в вертикальном положении и в положении сидя посредством регистрации определенных характеристик проекции общего центра тяжести на плоскость опоры. К достоинствам компьютерной стабиллометрии можно отнести: 1. Комфортность обследования, которое проводится на специальной стабиллоплатформе в одежде и обуви в положении стоя и сидя, то есть в комфортных условиях, не требующих специальной подготовки пациента или крепления на нем датчиков; 2. Малое время обследования, которое складывается из времени получения информации (обычно в пределах 20 - 60 секунд), времени просмотра полученных данных и анализа результатов обработки, которое при массовых обследованиях не превышает 1-2 минуты; 3. Информативность исследования, которая позволяет оценивать как общее состояние человека, так и состояние целого ряда физио-

логических систем, участвующих в процессе поддержания вертикальной позы; 4. Высокую чувствительность к различным изменениям состояния человека, что позволяет объективизировать его реакцию на физическое и психическое воздействия, на прием лекарственных средств и даже запахи; 5. Многофункциональность, которая позволяет использовать стабиллометрию как диагностическое средство широкого спектра заболеваний и предзаболеваний, как средство контроля и объективизации воздействий на человека, а также как средство реабилитации нарушений статокINETической функции человека, тренировки его координации. Таким образом, для уточнения вопроса о возможности и эффективности расширения двигательного режима больного инфарктом миокарда на стационарном этапе лечения целесообразно изучение применения наряду с ЭКГ, эхо-КГ и функциональным тестированием также и компьютерного стабиллометрического исследования.

ВЛИЯНИЕ ВОСТОЧНОЙ ГИМНАСТИКИ ТАЙ-ЦЗИ-ЦУАНЬ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ

В.В. Епишев, Первухина Ю.А.

Челябинская государственная медицинская академия

Кафедра лечебной физической культуры, спортивной и восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии

**Зав. кафедрой – к.м.н. А. Р. Сабирьянов
Научный руководитель – к.м.н. А. Р. Сабирьянов**

Тяжесть и распространенность сердечно-сосудистой патологии заставляют искать пути к повышению эффективности лечения и профилактики. Цель Изучение влияния гимнастики Тай-Цзи-Цуань (ТЦЦ) на вариабельность ударного объема (УО, мл) и амплитуду пульсации пальца кисти (АППК, мОм) студентов 19-21 года (n=42). Методы Исследование проводились в положении лежа до и после 3-х месячных занятий ТЦЦ. Регистрация УО, АППК проводилась с помощью компьютерной системы «Кентавр II РС» [А.А. Астахов, 1996]. Изучение и оценка по-

лученных результатов проводилась по стандартам медленноволновых колебаний [HRV, 1996]. Результаты После курса ТЦЦ наблюдалось понижение УО с $71,9 \pm 4,2$ до $55,4 \pm 4,0$ ($p < 0,05$). По реакции сосудистого кровообращения, участники были разделены на 2-е группы: 1-я ($n=20$)-лица со снижением АППК с $134,4 \pm 11,0$ по $61,6 \pm 6,5$ ($p < 0,01$), 2-я ($n=22$)-с ростом АППК с $63,7 \pm 6,3$ по $134,7 \pm 8,3$ ($p < 0,01$). Разнонаправленность реакции АППК позволяет говорить об особенностях механизмов регуляции периферического кровообращения в ответ на снижение объемных характеристик. Так в 1-й группе снижение АППК и УО сопровождалось уменьшением общей мощности спектра, причем АППК, в основном, за счет диапазона VLF, а УО диапазона HF. Данные изменения, видимо, свидетельствуют о повышении тонуса артериол в связи с ростом влияния гуморального NA и снижения роли дыхательных волн в регуляции УО. Повышение АППК во 2-й группе сопровождалось увеличением мощности во всех диапазонах, а снижение УО уменьшением общей мощности спектра и LF, HF диапазонов. На этом фоне произошел значительный рост мощности в диапазоне VLF, что, видимо, соответствует повышению роли внутрисердечных механизмов в регуляции УО. Выводы. Занятия ТЦЦ приводят к экономизации центрального кровообращения, что является признаком адаптации к физическим упражнениям.

КРИТЕРИИ ДОЗИРОВКИ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПЕДИАТРИИ

М.Ю. Железнов, М.М. Фрадкина, О.Н. Коновалова, И.Т. Выходец

Российский государственный медицинский университет

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ

Зав. кафедрой – акад. РАЕН проф. Б.А. Поляев

Научные руководители – к.м.н. доц. О.А. Лайшева, к.м.н. доц. Е.Ю. Сергеев

Целью данного исследования является разработка критериев дозировки воздействия

физических факторов, восстановительного лечения у детей. Учитывая специфику заболеваний детей, с которой приходится сталкиваться в нашей практике установлено, что многие стандартные методы определения доз физических нагрузок не подходят. Вследствие этого мы использовали критерии, предложенные отечественными учеными (Гаркави Л.Х., Квакина Е.В., Уколова М.Л.). В основе градации адаптационных реакций тренировки, спокойной и повышенной активации, стресса, а также переактивации лежат подходы, предложенные Г. Селье для диагностики стресса по лейкоцитарной формуле периферической крови: развитие эозинофилии, лимфопении с нейтрофилезом. О типе адаптационной реакции судят, прежде всего, по относительному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле, а также по уровню сегментоядерных нейтрофилов. Прочие форменные элементы и общее количество лейкоцитов свидетельствуют о гармоничности (высокий уровень реактивности) или степени напряженности адаптации (низкий уровень реактивности). Нами обработаны 30 историй болезни из архивных данных отделения восстановительного лечения психоневрологических больных и больных с нарушением функции опорно-двигательного аппарата Российской детской клинической больницы. Мы смотрели в каком адаптационном состоянии поступают дети. У них наблюдались реакции: у 40% - тренировки, у 20% - повышенной активации, у 13,3% - спокойной активации, у 16,7% - стресса, у 10% - переактивации. Дети, которые находились в реакции стресса и переактивации, имели короткий промежуток между периодами госпитализаций или перед госпитализацией прошли курс восстановительного лечения по месту жительства. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что около 27% детей, находящихся под динамическим наблюдением наших специалистов, имеют косвенные признаки передозировки воздействия физическими факторами, что требует дальнейшего поиска оценки суммарных доз воздействия.

ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТОВ РАЗВИТИЯ МОТОРИКИ РУК НА ВЫСШУЮ НЕРВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДЕТЕЙ ДОШ-

КОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**Н.В. Зайцева, А.А. Косолапова****Кубанская государственная медицинская академия****Кафедра физической культуры и здоровья с курсом врачебного контроля и лечебной физической культуры****Зав. кафедрой – доц. Л.Н. Порубайко****Научный руководитель – проф. Е.М. Бердичевская**

Работа посвящена оценке влияния целенаправленного развития мелкой моторики рук на высшую нервную деятельность больных правосторонней гемипаретической формой детского церебрального паралича (ДЦП) в возрасте 5-7 лет. Для детей был характерен левый сенсомоторный профиль асимметрии в зрении, слухе, моторике рук и ног. В дополнение к стандартному комплексному лечению в условиях Краснодарского краевого специализированного психоневрологического санатория «Солнышко» использовали оригинальный авторский комплекс «пальчиковой гимнастики», включающий упражнения на координацию, отведение и противопоставление пальцев рук. Регистрировали конструктивный праксис в тесте на время сбора и разбора пирамиды каждой рукой, умственную работоспособность (объем и качество работы, коэффициент продуктивности), а также нарушения речи. Проводили стандартную компьютерную статистическую обработку. Для больных ДЦП было характерно выраженное нарушение исследованных показателей. 25 сеансов применения комплекса «пальчиковой гимнастикой» способствовали созданию положительного эмоционального фона ребенка, активизировали познавательный процесс, стимулировали формирование внимания и речи. Целенаправленное развитие мелкой моторики рук у больных с преимущественным повреждением левой гемисферы рефлекторно активизирует сенсорные, моторные и ассоциативные центры левого полушария, нормализует внутри- и межполушарные связи и, тем самым, эффективно влияет на возрастное развитие произвольного управления мануальными двигательными функциями, способствует компенсации дефектов высшей нервной деятельности. Видимо, направленное обу-

чение создает условия активизации полисенсорных нейронов, увеличивая пластичность и связанные с ней компенсаторные возможности нервной системы.

КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МЕТОДАМИ ФИЗИОТЕРАПИИ**Л.С. Иматдинова, Д.В. Павленко, А.С. Митрополова****Российский государственный медицинский университет****Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ****Зав. кафедрой – акад. РАЕН проф. Б.А. Поляев****Научные руководители – к.м.н. доц. А.Н. Лобов, к.м.н доц. Н.Л. Черепихина**

За последние 30 лет сердечно-сосудистые заболевания в структуре смертности населения России составили свыше 50%. Поэтому интерес к реабилитации больных ИБС не снижается. В настоящее время при лечении инфаркта миокарда мало внимания уделяется коррекции вегетативных нарушений, хотя отмечается зависимость течения основного заболевания от тяжести вегетативных расстройств. Е.И.Сорокина (2000) описывает в одной из своих работ влияние электросна и радоновых ванн на факторы риска заболевания сердечно-сосудистой системы. После курса электросна у подавляющего числа наблюдавшихся отмечался регресс симптомов астено-невротического синдрома, нарушений вегетативной нервной системы и кардиалгии. Применение радоновых ванн наиболее заметно снижало частоту симптомов нарушений сердечно-сосудистой системы, особенно экстрасистолии, вегетативно-сосудистых кризов и периферических вазоспастических реакций. В работах Н.И. Стрелковой (2003) оценена эффективность применения в восстановительном периоде при ИБС лечебной гимнастики, дозированной ходьбы, синусоидальных модулированных токов паравертебрально на область левого плеча, левой лопатки, импульсных токов по методике электросна, психотерапии, массажа спины

и плечевого пояса, четырехкамерных углекислых ванн. Данные методы позволяют снять вторичное влияние вегетативных расстройств, сокращают сроки восстановления больного. Коррекция вегетативных нарушений методами физиотерапии изучена мало, хотя известно эти нарушения могут ухудшать или улучшать состояние больных ИБС. Данная область перспективное направление к дальнейшему исследованию. На сегодняшний день мы поставили перед собой цель изучить действие электромагнитных полей; лазерного излучения и электроаналгезии на состояние вегетативной нервной системы у больных инфарктом миокарда. Предполагаем, что эффективность этих методов не уступит выше упомянутым и внедрение данных физиотерапевтических воздействий сможет улучшить эффективность восстановительного лечения и качество жизни пациентов.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПОРТСМЕНОВ-ТУРИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

А.А. Исламов, А.В. Масленников, Д.В. Григорьев, Д.И. Рысаева, Л.Р. Тагирова
Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Зав. кафедрой – проф. В.Ш. Вагапова

Кафедра физического воспитания, лечебной физкультуры и врачебного контроля

Зав. кафедрой – доц. З.Х. Мусин

Научный руководитель – доц. А.Е. Стрижков

Антропометрические показатели отражают уровень физической подготовки спортсмена. Их знание позволяет рационализировать индивидуальные схемы тренировок. Однако, в литературе слабо отражены вопросы комплексного количественного описания формы и пропорций спортсменов-туристов. Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей антропометрических показателей спортсменов-туристов. Для достижения поставленной цели решались следующие задачи: 1. Проведение антропометрического обследования туристов. 2. Сравнение полученных данных с аналогичными показателями людей, не

занимающихся спортом. Объектом исследования служили 108 студентов – членов туристического клуба “Виталис” Башкирского государственного медицинского университета. Возраст обследованных был от 17 до 23 лет, 64% студентов составили женщины, 36% – мужчины. В качестве контроля служили 42 студента 17 – 22 лет, не занимающихся спортом. Методами исследования были стандартное и собственное оригинальное антропологические обследования. Определялись линейные и объемные параметры туловища и его сегментов, конечностей и их частей. В крупных суставах определялась активная и пассивная подвижности. Полученные количественные данные соматометрии обрабатывались стандартными методами анализа данных MS Excel 2000. Проводился корреляционный анализ, по устойчивым связям проводился регрессионный анализ, по результатам которого были предложены математические модели зависимости одних показателей от других. Анализ полученных данных показал, что у спортсменов-туристов ряд морфометрических параметров отличается от соответствующих в контрольной группе. Внутри группы туристов выделены группы студентов с разными соматотипами. Представителям каждой группы предложены индивидуальные режимы тренировок.

ВЛИЯНИЕ СЕГМЕНТАРНОГО МАССАЖА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

И.В. Кешишян

Ярославская государственная медицинская академия

Кафедра лечебной физкультуры и врачебного контроля с курсом физиотерапии

Зав. кафедрой – д.м.н. проф. А.Н. Шкробко

Научные руководители – д.м.н. проф. А.Н. Шкробко, к.м.н. асс. О.А. Некоркина

В настоящее время в практической медицине отмечается недостаточно широкое применение методов сегментарного массажа (СМ) у больных с коронарной патологией. Цель: изучить влияние СМ на некоторые

показатели крови у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации. Обследовано 30 больных с верифицированным диагнозом ИБС. Из них: 27 мужчин, средний возраст $64,2 \pm 1,2$ года. У 82,4% больных имелась стабильная стенокардия напряжения I-II функционального класса (ФК), у 17,6% - III ФК, у 22,3% была выявлена недостаточность кровообращения (НК) I-II ФК, у 7,7% - III ФК (классификация NYHA), 19 человек в прошлом перенесли инфаркт миокарда. СМ применялся в количестве 10-15 ежедневных процедур на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации. Использовались рефлексогенные зоны: левая половина грудной клетки и левая рука; грудная клетка и позвоночник; воротниковая зона; нижние конечности. Противопоказаниями для СМ, кроме общепринятых, были: нестабильная стенокардия, НК IV ФК, опасные нарушения ритма и проводимости. Кроме клинических методов обследования, у всех пациентов в начале и в конце курса СМ определялись следующие показатели крови: тромбоциты (Т), международное нормализованное отношение (МНО), общий холестерин (ОХ). После окончания курса СМ у больных наблюдалось урежение приступов стенокардии, снижение дозы нитроглицерина, улучшение сна, уменьшение периферических отеков. К концу курса отмечалось уменьшение МНО с 1,068 (3,23 до 1,034 (3,46 ммоль/л., Т - с 224,47 (3,02 до 205,80 (3,51 тыс/мкл, ОХ - с 5,30 (0,33 до 5,04 (0,35 ммоль/л. Вывод: курсовое применение СМ, улучшая клиническую картину в целом, вызывает противосвертывающий и гиполипидемический эффект у больных ИБС. Очевидна целесообразность использования данной методики в реабилитации больных ИБС на санаторном этапе.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КРИОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУРАХ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Е.А. Кубылинская

ГУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова, Москва

Директор – акад. РАН и РАМН проф. С.П. Мионов

Научный руководитель – проф. М.Б. Цыкунов

Контрактуры плечевого сустава приводят к значительным нарушениям функции верхней конечности, а в ряде случаев являются причиной инвалидности. Нами составлена программа реабилитации, состоящая из 4 периодов: иммобилизационный, постиммобилизационный, предтренировочный, тренировочный. Для последовательной реализации реабилитационных задач используется лечебная гимнастика, подводный струевой массаж и общий вихревой массаж, коррекция положением, массаж, физиотерапия, трудотерапия. При замедлении темпа восстановления подвижности плечевого сустава эти средства дополняет гидрокинезотерапия, механотерапия. Эффективным методом для устранения посттравматической контрактуры является криотерапия. Нами использовался метод локальной КТ с использованием аппарата «НОРД-1», предназначенного для локального охлаждения в травматологии, малой хирургии в амбулаторно-поликлинической сети. «НОРД-1» обеспечивает управляемую с помощью обратной связи локальную гипотермию на ограниченных участках тела пациента. Температура рабочей поверхности — от $+5^{\circ}$ до -8°C . Для оценки функционального состояния плечевого сустава мы использовали методику клинической оценки, включающую 5 разделов: паспортные данные и анамнез; субъективные признаки, оценивающие состояние больного; специальные функциональные тесты и двигательные задания; клинические исследования; инструментальные исследования. Каждый признак 2-4 разделов оценивается в баллах: 5 баллов - отсутствие патологических изменений, что соответствует компенсации функций, 3-4 балла – умеренно выраженные изменения — субкомпенсация, менее 3 баллов – выраженные изменения — декомпенсация. Конечная оценка функционального состояния плечевого сустава – интегральный показатель (ИП) – равен среднему баллу. Под нашим наблюдением проходили реабилитацию 158 пациентов с посттравматическими контрактурами плечевого сустава различного генеза в возрасте от 16 до 84 лет; 78 женщин, 80 мужчин; средний возраст пациентов $43,4\text{г.} \pm 1,4\text{г}$. После проведения курса целенаправленных реабилитационных мероприятий при повторном тестировании прирост интегрального показателя (ИП) со-

ставил $3,4 \pm 0,8$ балла, что свидетельствует о компенсации функции у 84 больных (53%), субкомпенсации функции у 60 больных (38%), декомпенсация сохранилась у 14 больных (9%).

СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОЛЕБАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КЛЮЧЕВЫХ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС И ОДА

М.С. Лапшин, М.В. Егоров

Южно-Уральский государственный университет, Челябинск

Кафедра физической и психической реабилитации

Зав. кафедрой – проф. Г.А. Шорин

Научный руководитель – проф. Е.В. Быков

В настоящее время актуален поиск механизмов регуляции деятельности кардиореспираторной системы с помощью спектрального анализа, что позволяет оценить состояние и динамику изменений в процессе реабилитации пациентов с различными видами патологии. Целью исследования было выяснение различий в механизмах регуляции здоровых лиц и детей с патологией ЦНС и опорно-двигательного аппарата. Методом интегральной реографии с помощью быстрого преобразования Фурье изучены особенности нервно-гуморальной регуляции показателей центральной и периферической гемодинамики учащихся 11–17 лет, страдающих ДЦП и сколиозом. Регистрировалось 500 последовательных кардиоциклов лежа и стоя, анализ велся по четырем диапазонам спектра. Выявлено снижение общей спектральной мощности показателей к окончанию пубертатного периода, у больных менее выраженное. При ортопробе отмечен рост общей мощности спектра и преобладание вклада метаболической регуляции ЧСС и гуморальной составляющей (ударный объем и фракция выброса) и снижение значимости парасимпатического отдела ВНС. Амплитуда реоволны пальца ноги здоровых зависела от местных вазорегуляторных механизмов лежа и стоя. У детей с патологией более выражена активность симпатической регуляции. Приспособление с возрастом к гравитации у здоровых учащихся происходило при снижении

мощности спектра, у больных реакция носила противоположный характер. Совершенствование долговременных механизмов регуляции проявлялось в синхронизации колебаний параметров гемодинамики в зоне барорегуляции (показатель «середины спектра») при переходе из горизонтального в вертикальное положение у здоровых и выявлено рассогласование сдвигов у больных детей. Выявление представленных механизмов позволяет искать дифференцированные способы лечения при проведении абилитации и реабилитации.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Г.М. Мавлиева

Казанская государственная медицинская академия

Кафедра вертеброневрологии и мануальной терапии

Зав. кафедрой – д.м.н. проф. Ф.А. Хабиров

Научный руководитель – д.м.н. проф. Ф.А. Хабиров

Целесообразность включения биологической обратной связи (БОС) в комплексную терапию больных и нейрореабилитацию показана в работах ряда авторов [Pincus T., Newman S., 2001; Черникова Л.А., 2003]. Целью работы явилось изучение эффективности психо-эмоционального БОС в реабилитации больных с задним шейным симпатическим синдромом. Были обследованы 35 пациентов в возрасте от 17 до 48 лет с длительностью заболевания от 2 до 9 лет. Больные рандомизированно были распределены на 2 группы: I группа (контрольная) 18 пациентов получали общепринятый комплекс лечения; II группа (основная) 17 больных получали на фоне традиционной терапии сеансы БОС с предварительным проведением постизометрической релаксации соответствующих мышц. После лечения в контрольной группе отмечалась тенденция к снижению индекса мышечного синдрома (ИМС) на 27,8% ($P > 0,1$), клинического индекса (КИ) на 16,2% ($P > 0,1$), электромиографических показателей фоновой активности со спастичных мышц на 8,3% ($P > 0,1$),

интенсивности боли по ВАШ на 10,9% ($P > 0,1$); значительное улучшение выявлено у 4 (22,2%) больных, улучшение у 11 (61,1%), отсутствие эффекта у 3 (16,7%). У больных основной группы отмечалось снижение ИМС на 46,5% ($P < 0,01$), КИ на 45,5% ($P < 0,001$), электромиографических показателей на 32,5% ($P < 0,01$), интенсивности боли на 51,3% ($P < 0,05$); значительное улучшение получено у 12 (70,6%) больных, улучшение у 5 (29,4%). Следовательно, включение метода БОС нормализует мышечный тонус, эмоциональный фон больных, что повышает эффективность их реабилитации.

ОЦЕНКА АНТРОПОМЕТРИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ И РЕСПУБЛИКИ КАЛМЫКИЯ

О.В. Манкаева

Российский университет дружбы народов

Кафедра нормальной физиологии

Зав. кафедрой – проф. д.м.н. В.И. Торшин

Научный руководитель – проф. д.м.н. А.Е. Северин

Известно, что в период развития организм человека проходит определенные стадии формирования. Этнические особенности существенно влияют на процессы приспособления к различным экологическим факторам и отражаются на онтогенезе. Целью данного исследования является изучить основные закономерности формирования функциональных резервов респираторной системы в онтогенезе к условиям среды обитания у детей Республики Калмыкия и центральной России. Основная задача сравнить основные закономерности формирования функциональных резервов респираторной системы у детей Республики Калмыкия и центральной России. Нами были обследованы школьники Калмыкии (27 мальчиков, 24 девочки в возрасте от 10 до 17 лет) и школьники из г. Владимир (26 мальчиков, 25 девочек в том же возрасте). Для характеристики дыхательной системы использовалась компьютерная спирометрия, регистрировались антропометрические показатели. В результате проведенного исследования было выявлено существенное различие антропометрических показате-

телей. Так, увеличение массы тела с 10 до 15 лет у мальчиков из Владимира составляло 55%, в то время как у мальчиков из Калмыкии только 28%. У девочек же прирост массы тела за этот же период отличался незначительно. Исследование дыхания выявило, что жизненная емкость легких у мальчиков из Владимира и Калмыкии с 10 до 15 лет увеличилась на 100% и 74%, у девочек на 35% и 23% соответственно. Пиковая скорость выдоха у мальчиков из Владимира и у девочек из Калмыкии была высокой. По другим показателям дыхания исследуемые группы мало различались. Таким образом, проведенные исследования выявили существенную разницу в формировании антропометрических характеристик и дыхательной системы у детей 10-17 лет из г. Владимир и Калмыкии, что обусловлено климато-географическими и этническими различиями этих групп.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

А.С. Митрополова, Н.С. Доровских

Российский государственный медицинский университет

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ

Зав. кафедрой – акад. РАЕН проф. Б.А. Поляев

Научный руководитель – д.м.н. доц. Г.Е. Иванова

Больным с диагнозом гипертоническая болезнь II стадии проведена комплексная физическая реабилитация методами лечебной гимнастики в условиях кардиологического отделения и 5 терапевтического отделения ГКБ № 55 г. Москва. Всем больным в начале реабилитационных мероприятий (9 человек на 6 день госпитализации и 9 человек на 12 день госпитализации (начало реабилитационных мероприятий не связано с особенностями течения заболевания)) проведена оценка динамики клинического статуса и данных функциональных проб: реакция сердечно-сосудистой системы на изменение внешнего дыхания - проба с апноэ и гипер-

вентиляцией. Всем больным на момент первой консультации врача ЛФК был определен двигательный режим 1а-строгий постельный. Пациенты, приступившие к физической реабилитации с 6 дня госпитализации, имели возможность проведения более комплексного и многоэтапного восстановительного лечения (8 процедур), включали: индивидуальный комплекс лечебной гимнастики (мелкие и средние группы мышц, динамические, статодинамические, дыхательные упражнения). Пациенты, приступившие к физической реабилитации с 12 дня госпитализации, получили 3 процедуры к моменту выписки из стационара. По результатам этапного заключительного исследования функционального состояния пациенты, ранее начавшие реабилитацию, имели более высокий функциональный статус (двигательный режим 2б-палатный, на момент повторного исследования). Эти пациенты выполняли без признаков ухудшения реакции сердечно-сосудистой системы пробы с натуживанием и переход из положения лежа в положение сидя. Другая группа пациентов к моменту выписки из стационара значимых изменений в функциональном состоянии не приобрела (двигательный режим 1а-строгий постельный). Учитывая данные литературы (Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1986.) о различном функциональном состоянии больных с одинаковым уровнем и объемом поражения сердечно-сосудистой системы и меньший объем восстановительного лечения, можно сделать вывод о более низком уровне качества жизни второй группы при выписке из стационара. Таким образом, независимо от объема поражения при правильной организации восстановительных мероприятий, можно говорить, что более раннее начало реабилитационных мероприятий дают более эффективное восстановление больных.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕПОФЕРЕЗА ГИДРООКСИ МЕДИ-КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРИОДОНТИТОМ

Л.И. Михеева

**Казанский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии с кур-**

сом физиотерапии

**Зав. кафедрой – проф. И.Г. Салихов
Научный руководитель - к.м.н. асс. Р.А. Бодрова**

Целесообразность эндодонтического лечения методом гидроокиси меди-кальция при проблемных корневых каналах показана в работах ряда авторов (Ефанов О.И., Суханова Ю.С., 2002; Лукиных Л.М., Успенская О.А., 2003; Садовский В.В., 2003). Целью исследования явилось изучение эффективности депофореза гидроокиси меди-кальция у больных хроническим гранулематозным периодонтитом. Под наблюдением находилось 11 больных в возрасте от 27 до 49 лет с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит. Процедуры проводили по стандартной методике в течение 5 минут при силе тока 1 мА на аппарате «Original II» (Садовский В.В., 2003). В первое посещение пациента в корневой канал зуба вводили каналонаполнителем суспензию гидроокиси меди-кальция и погружали активный электрод, выполненный в форме корневой иглы, полость зуба оставляли открытой. Пассивный электрод располагали на слизистой полости рта. При втором посещении пациента (через 7-14 дней) и при третьем посещении (через 14-21 день) проводили депофорез аналогичным способом. После третьего сеанса, не затрагивая 1/3 верхушки корня зуба, проводили пломбирование канала медьсодержащим цементом - атацмитом. У больных хроническим периодонтитом до лечения очаг разрежения составлял $5,4 \pm 0,2$ мм, через 6 месяцев - $3,8 \pm 0,1$ мм, через 9 месяцев - $2,7 \pm 0,1$ мм. Возможно, при проведении депофореза под действием постоянного электрического тока гидроксид-ионы и ионы гидроксипрата проникают в апикальную часть канала, «медные пробки» obtурируют выходы апикальной дельты на поверхность корня, что способствует резорбции продуктов распада. Следовательно, применение депофореза гидроокиси меди-кальция у больных гранулематозным периодонтитом позволяет повысить эффективность лечения и сохранить зубы.

ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ ПУЛ-БИЛЬЯРДОМ ДЛЯ ЖЕН-

получены статистически достоверные положительные результаты в отношении увеличения объема движений (пассивный, активный), силы мышц (шкала Лаветта), тонуса мышц (шкала Ашфорта) психологической адаптации (по данным теста М.Люшера) по сравнению с контрольной группой. Так по данным теста М.Люшера наблюдалось снижение уровня тревожности, расширение границ возможностей (физиологических и функциональных) и увеличение способности к продуктивной работе. Появление заинтересованности в восстановлении утраченных функций. Повышение мотивации к занятиям ЛФК. По результатам кластерного анализа данных неврологического и психологического тестирования на фоне улучшения психосоциальной адаптированности наблюдалось выраженное улучшение неврологической симптоматики и регресс двигательного дефицита у данной категории больных.

К ВОПРОСУ О ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

О.В. Панина, А.Ю. Суворов, Ю.В. Нивина
Российский государственный медицинский университет

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ

Зав. кафедрой – акад. РАЕН проф. Б.А. Поляев

Научный руководитель – д.м.н. доц. Г.Е. Иванова

Сосудистые заболевания мозга - актуальная медицинская и социальная проблема. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в лечении больных с ОНМК, приведшие к значительному снижению летальности, одной из ведущих проблем остается высокий процент инвалидности (до 80%). В настоящее время существует ряд обязательных критериев для начала восстановительных мероприятий с больными в острый период церебрального инсульта: - ясное сознание с уровнем бодрствования, достаточным для удержания и выполнения инструкций по кинезотерапии; - отсутствие тяжелой соматической патологии, «свежих»

ишемических изменений на ЭКГ, выраженных нарушений сердечного ритма, одышки, тромбофлебитов и тромбозов вен; - отсутствие грубой сенсорной афазии и когнитивных расстройств, препятствующих активному вовлечению больных в реабилитационные мероприятия. Для эффективного использования и управления процессами исполнения средств и методов лечебной физкультуры наряду с классическими методами оценки объема движений в суставах, силы и тонуса мышц целесообразно применение дополнительных методов, в частности исследование функционального состояния пациентов с помощью простых функциональных проб и метода компьютерной стабилотрии. Как известно, поддержание равновесия при сидении и стоянии - процесс динамический. Тело человека постоянно совершает практически не видимые или хорошо заметные колебательные движения в различных плоскостях около некоторого среднего положения. Характеристика колебаний: их амплитуда, частота, направление, а также среднее положение в проекции на плоскость опоры являются чувствительными параметрами, отражающими состояние различных систем, обеспечивающих поддержание баланса. Стабилотрическое исследование - метод исследования баланса вертикальной стойки и ряда переходных процессов посредством регистрации положения, отклонений и других характеристик проекции общего центра тяжести на плоскость опоры. Этот метод исследования обладает рядом достоинств: комфортность, информативность, многофункциональность обследования, малое время обследования.

УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ФАКУЛЬТЕТА ВОЕННОГО ОБУЧЕНИЯ

И.В. Парфенюк

Ростовский государственный медицинский университет

Кафедра физвоспитания, врачебного контроля, лечебной физкультуры и здоровья

Зав. кафедрой – доц. Е.В. Харламов

Научные руководители – доц. В.Г. Беспалова, ст. преп. В.С. Парфенюк

Цель настоящего исследования – выявить

динамику физической подготовленности студентов факультета военного обучения (ФВО), созданного в 2002 году. Задачи работы – проанализировать результаты педагогического тестирования 46 студентов в возрасте от 17 до 23 лет основной медицинской группы. Контрольные упражнения на быстроту (бег 100м), выносливость (3000м) и силу (подтягивание на перекладине) принимались в начале и в конце первого курса и в начале второго курса. Установлено, что исходный уровень ФП студентов ФВО был неодинаков: средний результат в беге на 100м соответствовал оценке «хорошо», но 5% студентов получили неудовлетворительные оценки; средний результат в подтягивании также был оценен на «хорошо», но 11% студентов не уложились в норматив. Показатели общей выносливости были низкими: средний результат в беге на 3000м соответствовал удовлетворительной оценке, при этом 22% студентов не выполнили норматив. В конце первого курса положительные сдвиги отмечены только в тесте на силу, а показатели быстроты и общей выносливости ухудшились, что, по видимому, связано со сложностью адаптации студентов к обучению в вузе. При третьем обследовании отмечен дальнейший рост силовых показателей; средний результат соответствовал оценке «отлично», что можно объяснить тем, что 41 студент ФВО занимается физкультурой и спортом во вне учебное время, в том числе 18 человек – в зале атлетической гимнастики. Несколько улучшились результаты в беге на 100м. Средние результаты бега на 3000м снизились по сравнению с исходными данными. Все вышеуказанные результаты статистически достоверны. Сделан вывод о необходимости коррекции тренировок для развития общей выносливости.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКОЙ ТАЙЦИЦУАНЬ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ВНИМАНИЯ

Н.С. Пермякова, Л.С. Акшоница

Пермская государственная фармацевтическая академия

Кафедра физического воспитания и здоровья

Зав. кафедрой – к.б.н. доц. Г.В. Барышникова

Научный руководитель - к.б.н. доц. Г.В. Барышникова

Тайцзицюань - это гимнастика, имеющая как общеоздоровительное, так и лечебное значение. Наша цель: выяснить влияет ли китайская гимнастика на концентрацию внимания. Задача : определить степень эффективности влияния. Было проведено тестирование 112 студентов фармацевтической академии по методике, разработанной в Пермской медицинской академии. Тестирование проводилось в следующих вариантах: 1 группа - студенты основной медицинской группы; 2-студенты специальной медицинской группы; 3- студенты-спортсмены, тренирующиеся в секции баскетбола; 4-студенты, занимающиеся тайцзицюань 1 год, 2 раза в неделю; 5-студенты, занимающиеся тайцзицюань 2 года, 1 раз в неделю. Тест оценки концентрации внимания основан на определении времени поиска чисел от 1 до 64 в « магическом квадрате» в 4-х отрезках времени на числах 16, 32, 48 и 64. Далее по специальной шкале выставлялись оценки. Зависимость быстроты поиска, повышенности внимания от уровня физической тренированности и состояния здоровья видна из анализа результатов проведенного нами теста. Наиболее высокие оценки на числах 16 и 32 получили студенты 3-й группы, тренирующие быстроты реакции, периферическое зрение, скорость мышления, мгновенное переключение внимания. Самые низкие оценки у студентов 2-й группы. У студентов 1-й группы результаты также хуже, чем у студентов спортсменов (84.3% от средней оценки в 3-й группе). На числах 48 и 64 оценки снижаются в 1-ой и 2-ой группах, а в 3-й и 4-й остаются стабильными. Студенты, занимающиеся тайцзицюань, в целом имеют более высокие оценки умственной работоспособности, и удерживают внимание на двух соседних отрезках лучше, чем тренированные физически студенты баскетболисты. Результат тестирования в 5-й группе несколько ниже, чем в 4-й, но несколько выше, чем в остальных. Очевидно, что занятия тайцзицюань оказывают влияние на концентрацию внимания, но эффективность их выше, если заниматься чаще, но не продолжительное время, чем в течение длительного времени, но с меньшей частотой.

ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ И КОРРЕКЦИЯ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ

З.А. Подгол

Государственное учреждение здравоохранения Иркутский областной врачебно-физкультурный диспансер «Здоровье»

Главный врач – д.м.н. Г.И. Губин

Научный руководитель – д.м.н. Г.И. Губин

Оздоровление часто длительно болеющих детей и детей с нарушением опорно-двигательного аппарата проводилась в детских группах здоровья на базе СШ 63, православная гимназия г.Иркутска. Ребенок, поступая в детские группы, проходил: осмотр врача реабилитолога детского отделения, осмотр мануального терапевта, консультацию психолога, обследование узких специалистов, дополнительные методы обследования: антропометрические, лабораторные и функциональные. На основании полученных данных определялся уровень физического здоровья (УФЗ) в баллах (Власова И.А. и др. 1997г.). Индивидуально осуществлялась коррекция УФЗ с выдачей рекомендаций по двигательному режиму. Занятия проводились 3 раза в неделю с группой детей в возрасте от 6 до 9 лет, одно из них в бассейне. Основную роль при закаливании играет несовершенствование процессов регуляции в организме. Нами применялись дозированные термо-нагрузки, дозированные холодовые воздействия: (объем воды 5л, температура с 10 до 20С, в течение 1 минуты), дозированные тепло-нагрузки сауна (2-ух кратная экспозиция от 3 до 5 минут), а также закаливание носоглотки чесночным раствором, промывание носа холодной водой (Толкачев Б.С., 1979), витаминотерапия, точечный массаж (Уманская А.А., 1985), контрастное закаливание стоп, обливание всего тела холодной водой, дыхательная гимнастика, дозированные физические нагрузки, плавание. Учитывая динамику показателей, уровень здоровья увеличился от 1,9 до 3,4 баллов. Таким образом, использование предложенных выше закаливающих мероприятий является эффективным способом немедикаментозной реабилитации групп ЧДБД детей в общеобразовательных учреждениях.

АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Е.В. Позднышева, И.Г. Кан

Российский государственный медицинский университет

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ

Зав. кафедрой – акад. РАЕН проф. Б.А. Поляев

Научный руководитель – к.м.н. доц. А.Н. Лобов

Цель исследования: выявление особенностей коморбидности депрессивных и сердечно-сосудистых расстройств. Основная задача исследования: на основе данных физикальных и инструментальных методов исследования выявить обусловленность депрессивных расстройств сердечно-сосудистой патологией либо складом личности. В исследовании участвовали 20 человек (12 мужского и 8 женского пола), не состоящих на учете в психоневрологическом диспансере. Критериями отбора послужили жалобы у исследуемых лиц на: 1) пониженное настроение, тоску, тревогу, ухудшение внимания и памяти, нарушение сна, снижение аппетита и двигательной активности, что характерно для депрессивных состояний; 2) приступы сердцебиения, неприятные ощущения в области сердца, сопровождаемые тошнотой, потливостью, головной болью, чувством страха. Были проведены физикальные (пальпация, перкуссия, аускультация) и инструментальные (ЭКГ, функциональные пробы ЭКГ-ортостатическая и с физической нагрузкой, ЭХО-КГ, измерение АД) методы исследования, в результате которых в 65% случаев (13 человек) были выявлены нарушения в виде: 25% (5 человек) - повышенное АД, 15% (3 человека) - синусовая аритмия, 10% (2 человека) - пролапс митрального клапана без патологической регургитации, 10% (2 человека) - АВ-блокада 1-ой степени, 5% (1 человек) - пролапс митрального клапана с патологической регургитацией; и в 35% случаев (7 человек) - изменений не выявлено. Таким образом, можно сделать выводы: 1) что в большинстве случаев депрессивные состояния обусловлены сердечно-сосудистыми заболева-

ниями и представлены в основном кардиофобиями и кардионеврозами, но могут быть обусловлены и складом личности (тревожно-мнительный, ипохондрический, психастенический); 2) дифференциальный диагноз основан на данных физикальных и инструментальных методах исследования; 3) лечение депрессивных состояний в обоих случаях - антидепрессантами, плюс лечение сердечно-сосудистых заболеваний при их наличии.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ НЕЙРОТРОПНЫМИ ТОКСИКАНТАМИ

Н.В. Портнова

**НИИ СП им. Н.В. Склифосовского,
г. Москва**

**Отделение восстановительного лечения
Научный руководитель - д.м.н. проф.
В.П. Лапшин**

Опыт лечения больных с отравлениями нейротропными токсикантами включает клиническое наблюдение за 20 больными в отделении неотложной токсикологии. Все больные поступали в отделение в тяжелом состоянии, как правило, в коме, с резко нарушенными показателями гемодинамики и гомеостаза. Транскраниальную электрическую стимуляцию (ТЭС) начинали применять на фоне интенсивной инфузионной терапии, направленной на раннюю дезинтоксикацию организма. В остром периоде проводили также операции гемодиализа, плазмофереза, магнитно-лазерное облучение крови. ТЭС проводили отечественным физиотерапевтическим аппаратом "МДМ -101". ТЭС начинали проводить на этапе перевода больных из реанимации в госпитальное токсикологическое отделение. При этом у 10 больных наблюдалось частичное улучшение психоэмоционального статуса, однако возвращения сознания к адекватному уровню не было ни в одном случае. У 3 больных ТЭС начинали на реанимационном этапе сразу после доставки больных в отделение неотложной токсикологии машиной СП. У этих больных ТЭС начинали проводить в состоянии сопора. Все больные были разделены на две группы – основную и контрольную. 10 больным основной группы в

комплексную интенсивную терапию включали ТЭС. Количество процедур на курс лечения колебалось в пределах 10 (от 6 до 10). 10 больным контрольной группы в интенсивную терапию ТЭС не включали. У больных основной группы наблюдалось более быстрое, чем у больных контрольной группы, возвращение уровня сознания к адекватным показателям: у больных основной группы на 1-2 день, у больных контрольной группы на 5-6 день. Гемодинамика больных основной группы приходила к стабильному уровню на 2-3, у больных контрольной группы – на 3-6 день. Существенное значение в коррекции биохимических показателей крови у больных с отравлениями нейротропными токсикантами имели показатели общего белка крови. Прирост показателей общего белка крови у больных основной группы наблюдался в среднем на 2-3 дня раньше, чем у больных контрольной группы. Анализ полученных данных свидетельствует о благоприятном влиянии ТЭС на динамику восстановления психоэмоционального статуса и показателей гомеостаза у больных с отравлениями нейротропными токсикантами.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА У СПОРТСМЕНОВ

В.А. Пьянков

Кировская государственная медицинская академия

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Зав. кафедрой – проф. Н.К. Вознесенский

Научный руководитель – проф. Н.К. Вознесенский

У 23 спортсменов с ведущей жалобой на боль в колене проводилось ультразвуковое исследование коленного сустава. В обследованную группу вошли 17 мужчин и 6 женщин, средний возраст 25 ± 6 лет, с уровнем квалификации не ниже кандидата в мастера спорта. Специализация спортсменов: футбол – 5 человек, баскетбол – 2 человека, легкая атлетика – 6 человек, греко-римская борьба – 4 человека, борьба самбо и дзюдо – 3 человека, спортивное ушу – 3 человека. Основными причинами травм являлись: удар с внешней стороны коленного



сустава в 43,5% случаев (10 человек), удар с внутренней стороны коленного сустава в 34,8% случаев (8 человек), чрезмерное сгибание или разгибание в 21,7% случаев (5 человек). Всем спортсменам проводилось первичное клиническое обследование коленного сустава, включающее в себя осмотр места травмы и физикальное обследование (пальпация сустава, проба объема движения, проверка стабильности сустава). Ультразвуковая диагностика коленного сустава проводилась на ультразвуковом сканере ALOKA SSD-2000 с использованием электронного линейного датчика с частотой 7,5 МГц. Оценивались сухожилие четырехглавой мышцы бедра, bursa suprapatellaris, толщина гиалинового хряща, субхондральная пластина, суставные поверхности бедренной кости, собственная связка надколенника, боковые связки и мениски. В результате исследования у 8 спортсменов были выявлены ультразвуковые признаки повреждения связочного аппарата коленного сустава (надрыв коллатеральных связок и собственной связки надколенника), у 11 спортсменов были выявлены признаки повреждения менисков, у 2 спортсменов признаки бурсита (bursa suprapatellaris) и у 2 - киста Бейкера. Вывод: ультразвуковое исследование является высокоинформативным неинвазивным методом диагностики травм коленного сустава у спортсменов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И ДВИГАТЕЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В.Е. Рогачев

Белгородский государственный университет

Кафедра медико-биологических основ физической культуры

Зав. кафедрой – к.б.н. доц. В.К. Климова

Научный руководитель – к.м.н. доц. Е.А. Рогачев

Морфометрические показатели роста и развития организма, характеризующие уровень физического развития, тесно связаны со всем комплексом его функциональных свойств и являются наиболее объективными показателями функционального состояния. Целью работы явилось изучение вза-

имосвязей показателей физического развития, функциональных возможностей, двигательной подготовленности и состояния здоровья учащихся младших классов. Исследование проводили в состоянии мышечного покоя, на школьниках 8-9 лет г. Белгорода. Использовали запись электрокардиограммы, тетраполярную реовазографию, определение физической работоспособности с помощью велоэргометрического теста. Уровень физического развития определяли по результатам антропометрических измерений. Оценку развития физических качеств и двигательной подготовленности проводили по результатам тестовых испытаний. Материалы обработаны с помощью методов математической статистики. Изучение показателей гемодинамики в зависимости от уровня физического развития свидетельствует о том, величины ударного и минутного объемов оказались минимальными у детей с низким физическим развитием. Обнаружена достоверная связь между объемом грудной клетки, ударным объемом и общим периферическим сопротивлением. Школьникам с разным уровнем физического развития свойственна неоднородность в развитии двигательных качеств. У детей с низким уровнем физического развития лучше развиты скоростные качества и быстрота, а с высоким уровнем – показатели силы, при низком уровне общей выносливости. На основании комплексного анализа показателей гемодинамики, физической работоспособности, двигательной подготовленности можно сказать, что ведущим фактором в оценке физического состояния является уровень физического развития детей, особенно длина тела и объем грудной клетки.

ПРИМЕНЕНИЕ ДОЗИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Е.С. Рябова

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.

И.П. Павлова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Зав. кафедрой – проф. А.В. Смирнов

Кафедра физических методов лечения и

спортивной медицины**Зав. кафедрой – проф. Т.А. Евдокимова**
Научные руководители – проф. Т.А. Евдокимова, доц. А.Ш. Румянцев

Ведущим методом лечения пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН) является хронический гемодиализ (ГД). Мало изучены вопросы физической реабилитации больных и их психической адаптации к заболеванию и лечению ГД. Обследовали 33 больных хроническим гломерулонефритом, получающих лечение хроническим ГД. Клинически все пациенты считались стабильными. Процедуры ГД были адекватными (индекс КТ/V превышал 1,1, а степень очищения по мочеvine 65%). Всем больным была рекомендована индивидуальная схема физической активности. Использовали метод компьютерной эргоспирометрии с оценкой показателей вентиляции, легочного газообмена, физической работоспособности, непрерывно регистрировалась ЭКГ. Психическое состояние больных оценивалось по: шкале самооценки депрессии Зунга, шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера, а также методике «Уровень невротической астении» -. (копинг-механизмы) исследовались с помощью опросника Э. Хейма, для оценки субъективной удовлетворенности жизнью применялась методика SF-36 Health Status. Математический анализ полученных данных проводился с использованием общепринятых методов параметрической и непараметрической статистики. Спустя 6 месяцев пациенты были условно разделены на нерегулярно (1 группа) и регулярно (2 группа) занимавшиеся лечебной физкультурой (ЛФК). Исходно обследуемые обеих групп отмечали значительные изменения в психическом состоянии: снижение качества жизни, наличие депрессии и астении. У пациентов, занимавшихся ЛФК регулярно отмечалось увеличение вентиляции (как в абсолютных единицах, так и в % к должной величине) на 20%, физическая работоспособность на 15%, мощность на 55%, а выполненная работа на 130%. Результаты канонического анализа свидетельствовали о взаимосвязи всех показателей психического состояния и качества жизни, с одной стороны, и индексов физической работоспособности, с другой. Рекомендуется необхо-

димость включения комплекса физических упражнений в единую программу физической и психологической реабилитации больных на ГД.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ МОТОРИКИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ, ИМЕЮЩИХ РАЗНЫЕ ТИПЫ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ**Р.Р. Салимзянов, М.Е. Гладков, М.В. Фоменко****Ульяновский государственный университет****Кафедра теории спорта и оздоровительных технологий****Зав. кафедрой – к.б.н. доц. С.П. Левушкин****Научный руководитель – к.б.н. доц. С.П. Левушкин**

Проведено исследование целью которого явилось выявление особенностей структуры моторики у младших школьников, имеющих разные типы телосложения. В обследованиях приняло участие 186 мальчиков в возрасте от 7 до 10 лет. Тип телосложения определялся по методике В.Г.Штефко, А.Д.Островского (1929). Для выявления особенностей двигательной сферы школьников использовались 11 контрольных упражнений, характеризующих уровень развития основных физических качеств школьников. В результате исследования было выявлено, что преобладающим в структуре моторики у школьников астено-торакального типа телосложения является выносливость, которая является ведущим физическим качеством почти у трети (31%) всех обследуемых школьников данного типа телосложения. Второе место занимают учащиеся, имеющие неактуализированные физические качества – они составили 24,1 %. К ним относятся мальчики, у которых нет какого-либо ярко выраженного физического качества. Наименьшее количество в группе учащихся астено-торакального типа выявлено мальчиков, преобладающими физическими качествами которых явились гибкость и координационные способности (по 6,9 %). В ходе исследования было обнаружено, что у школьников мышечного и дигестивного типов телосложения доминирующими являются скоростно-силовые качества. Таких учащихся было выявлено 24,5 %. У мальчи-



ков, имеющих мышечный и дигестивный типы, было выявлено немало школьников с преимущественным развитием выносливости (20,4 %). Среди мальчиков мышечного и дигестивного типов телосложения обнаружено наименьшее количество мальчиков, доминирующим физическим качеством которых является гибкость (4,1 %). Таким образом, для школьников астено-торакального типа телосложения ведущим физическим качеством в структуре моторики является выносливость, а для учащихся, имеющих мышечный и дигестивный типы телосложения, доминирующими являются скоростно-силовые качества.

ЦИГУН-ТРЕНИНГ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ УТРАТУ

Д.В. Сергеев

Смоленская государственная медицинская академия

Кафедра анатомии человека

Зав. кафедрой – к.м.н. доц. Ю.М. Галкина

Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение «Поликлиника №2» г. Смоленска

Главный врач – заслуженный врач РФ Р.Л. Дижиченко

Научный руководитель – д.м.н. В.А. Гловтов

Реакция на утрату объединяет распространенные ситуационные состояния (смерть члена семьи, увольнение, переезд), стойко нарушающие соматическое, психологическое и социальное функционирование личности. Целью исследования стало выявление перспектив повышения эффективности медико-социальной реабилитации пациентов, перенесших утрату того или иного рода. Основной задачей была разработка методологии цигун-тренинга при их реабилитации. Нами проведена работа с выборкой из 30 пациентов (18 женщин, 12 мужчин) в возрасте от 23 до 76 лет, страдающих неврологическими и внутренними заболеваниями и предъявляющими жалобы на психологический или социальный дискомфорт, вызванный разного рода утратами. Согласно данным анамнеза и тестирования на основе ММРП, цветового теста Люшера и проективных рисуночных тестов стереотипными для

них являются тревожность, пессимистическое отношение к будущему, склонность к ипохондрическому самонаблюдению, дисфория, чувство вины, диссомния, затруднения в интеракциях. С 20 пациентами помимо специфической терапии нами проводился цигун-тренинг; прочие составили контрольную группу и получали только специфическое лечение. Занятия представляли собой десятидневный курс одночасового тренинга, сочетавшего приемы абдоминального дыхания с классическими упражнениями цигун и рациональной психотерапией, основанной на концепциях китайской медицины. По результатам итогового тестирования отмечается значительное снижение интенсивности или по отдельным параметрам полная редукция психо-социальной проблематики у пациентов, прошедших цигун-тренинг, в отличие от контрольной группы, психологический статус в которой не претерпел значимой динамики. В связи с этим методики цигун-тренинга могут быть признаны эффективными при реабилитации пациентов, перенесших утрату того или иного рода.

ВЛИЯНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Е.Д. Сергеева

Ярославская государственная медицинская академия

Кафедра лечебной физкультуры и врачебного контроля с курсом физиотерапии

Зав. кафедрой – д.м.н. проф. А.Н. Шкробко

Научные руководители – д.м.н. проф. А.Н. Шкробко, к.м.н. асс. О.А. Некоркина

Применение магнитолазерной терапии (МЛТ) широко известно в комплексной реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Многими авторами отмечено ее положительное влияние на центральную гемодинамику у данной категории больных. Однако мало изучены вопросы, касающиеся воздействия МЛТ на показатели периферической гемодинамики (ПГД), что и явилось целью нашего исследования. Обследовано 20 больных в возрасте от 40

до 62 лет с верифицированным диагнозом ИБС. Из них: 85,2% имели стабильную стенокардию напряжения I-II функционального класса (ФК), 14,8% - III ФК. У 12,5% пациентов была выявлена недостаточность кровообращения I-II ФК, у 8,11% больных - редкая желудочковая экстрасистолия. С помощью аппарата «Изель» облучение проводилось по общепринятым полям с плотностью потока мощности излучения 3-4 мВт/см², длиной волны 0,63 мкм и индукцией магнитного поля 40 мТл. Исследование ПГД на предплечье осуществлялось с помощью реографического метода в начале и в конце амбулаторного курса МЛТ. Результаты: отмечалось улучшение общего состояния больных, наблюдалась положительная динамика реографических показателей, ответственных за ПГД. К концу курса имело место увеличение реографического систолического индекса с $1,38 \pm 1,8$ до $1,62 \pm 1,9$ условных единиц; уменьшение реографического диастолического индекса с $68,12 \pm 2,01$ до $56,11 \pm 1,92\%$; уменьшение дикротического индекса с $72,19 \pm 2,31$ до $50,36 \pm 2,14\%$, повышение относительного объемного пульса с $0,80 \pm 1,52$ до $0,91 \pm 1,74\%$. Показатель объема крови в области предплечья в течение курса МЛТ оставался в пределах нормы и колебался с $1,41 \pm 2,05$ до $1,15 \pm 2,82$ мл. Таким образом, курсовое применение МЛТ у больных ИБС способствует улучшению ПГД, что выражается в снижении периферического сопротивления сосудов, нормализации кровенаполнения мелких сосудов и сосудистого тонуса.

ГОЛОСОВАЯ НАГРУЗКА ПРИ СМЕШАННОМ ДЫХАНИИ И ПРИ ДЫХАНИИ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ГРУДНОГО КОМПОНЕНТА

А.И. Смирнова

Российский университет дружбы народов
Кафедра нормальной физиологии

Зав. кафедрой – д.м.н. проф. В.И. Торшин

Научный руководитель – акад. РАМН
проф. Н.А. Агаджанян

Известно, что дыхание помимо основной своей функции – газообмена, выполняет роль своего рода энергосистемы для голосообразования. Паттерны дыхания несом-

ненно участвуют в оформлении фонации, субъективного ощущения человека при голосообразовании. Целью исследования явилось выявление изменения голосовых параметров при ограничении грудного компонента дыхания. Основной задачей было выявить на основе записи частотных характеристик голоса и учета объемно-скоростных характеристик трахеобронхиального дерева, как с ограничением грудного компонента, так и без него, зависимость сосредоточения звуковой энергии в высокоформантной области спектра голоса от морфофизиологии легких. В основу работы положены результаты обследования 72 человека – из них 35 мужского и 37 женского пола; было проведено 186 исследований. В результате проведенных исследований было выявлено, что удельная мощность высокой форманты в спектре частот голоса с вычленением времени речевого вдоха и пауз (ВФ, %) имеет достоверную сильную связь ($r = -0,82$ при $p < 0,05$) с показателем жизненной емкости легких (ЖЕЛ, %) только в группе женщин с ограничением грудного компонента дыхания, в то время как в группе обследуемых мужчин таких результатов получено не было. Интересно, что как в мужской, так и в женской группе, обследование которых проводилось без ограничения грудного компонента дыхания подобная зависимость не была установлена. Полученные результаты подтверждают огромную роль диафрагмального дыхания в высокоформантном оформлении голоса.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТРОМБООБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В.С. Спиридонова, О.Л. Белянин

Санкт-Петербургский Научно-практический центр МСЭ, протезирования и реабилитации инвалидов (СПб НЦЭПР) им. Г.А. Альбрехта

Отдел проблем МСЭ и медицинской реабилитации инвалидов

Зав. отделом – д.м.н. И.И. Никитченко
Научный руководитель – д.м.н. И.И. Никитченко

Тромбооблитерирующие заболевания со-



судов нижних конечностей (ТОЗ СНК) все больше поражают трудоспособный возраст с исходом в инвалидность. Оперативное восстановление кровообращения является радикальным, но далеко не полным реабилитационным мероприятием. Цель работы - определить эффект ЛФК в сочетании с консервативной терапией при ТОЗ СНК. Исследовано 40 инвалидов: 1-я группа (18 чел) после операций шунтирования сосудов (аорто-бедренного, аорто-подвздошного, бедренно-подколенного) и симпатэктомии аорты; 2-я группа - без оперативного лечения (22 чел). Выраженность нарушений кровообращения определялась клинически и по РВГ, а нарушения в опорно-двигательной системе функционально-биомеханическими методами. Эффект терапии оценивали по клинической динамике, РВГ, результатам функционально-биомеханического исследования и по изменению «качества жизни». Больные 1-й группы после проведенного комплекса отмечали значительное улучшение. У больных, которым не проводилось консервативная терапия и ЛФК после операции, подобного эффекта не получено. Во 2-й группе, в начальных стадиях болезни, при регулярной консервативной терапии и ЛФК, отмечено значительное улучшение, но на более поздних стадиях при нерегулярной терапии и ЛФК существенных улучшений не было. Регулярные занятия ЛФК в комплексе с консервативной терапией в начальной стадии болезни и в первый год после шунтирующих операций на магистральных сосудах увеличивают продолжительность ремиссии.

ОСОБЕННОСТИ ПОДДЕРЖАНИЯ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

А.Ю. Суворов, Ю.В. Нивина, Д.В. Скворцов

Российский государственный медицинский университет

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ

Зав. кафедрой – акад. РАЕН проф. Б.А. Поляев

Научный руководитель – д.м.н. доц. Г.Е. Иванова

Проведено исследование 13 пациентов (5 женщин и 8 мужчин) в острый период острой недостаточности мозгового кровообращения (ОНМК), проходящих лечение в условиях неврологического отделения ГKB №55. Из них 5 - с поражением в бассейне левой средней мозговой артерии и 8 - с поражением в бассейне правой мозговой артерии. Средний возраст пациентов составил $67,3 \pm 9,4$ года, рост $170,5 \pm 8,01$ см и вес $81,5 \pm 9,1$ кг. Состояние больных определялось на основании данных клинического, неврологического обследований и двигательных тестов. Исследование проводилось в среднем на 13-15 день от начала заболевания. Исследование проводилось на компьютерном стабилметрическом комплексе «МБН» (Россия, Москва) в положении сидя и стоя, с постановкой ног по американскому типу (стопы расположены параллельно друг другу, на расстоянии клинической базы). В качестве тестов в каждом исходном положении использовались: 1. Вертикальное положение с открытыми и закрытыми глазами; 2. Максимально возможные для пациента активные повороты головы вправо и влево с открытыми глазами; 3. Максимально возможные для пациента активные повороты головы вправо и влево с закрытыми глазами; 4. Максимально возможный для пациента активный поворот открытых глаз вправо и влево; 5. Максимально возможный для пациента активный поворот закрытых глаз вправо и влево (контроль за движением глазных яблок). У пациентов с ОНМК поддержание вертикального положения тела достоверно не отличается от такового у здоровых людей. С открытыми глазами устойчивость больше, чем с закрытыми. Те случаи, когда наблюдается обратная закономерность, связаны с резким нарушением зрения. Наблюдается прямая зависимость поворота головы или глаз (открытых или закрытых) в сторону очага поражения с увеличением длины и площади статокинезиограммы. При исследовании вертикальной позы человека в положении сидя центр давления (ЦД) на стабิโลграмме больше изменяется в сагиттальной плоскости, а в положении стоя во фронтальной плоскости, вне зависимости от стороны ишемического поражения мозга.

ПОТРЕБНОСТИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В МЕРАХ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**И.А. Титова****Санкт-Петербургский Научно-практический центр МСЭ, протезирования и реабилитации инвалидов (СПб НЦЭПР) им. Г.А. Альбрехта****Отдел проблем организации медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов****Зав. отделом – к.м.н. с.н.с. А.А. Свинцов
Научный руководитель – к.м.н. с.н.с. А.А. Свинцов**

Потребности детей-инвалидов в мерах лечебно-физической культуры (ЛФК) определялись на основе клинико-функционального обследования инвалидов; медико-социального обследования условий жизни и быта их семей и результатов интервьюирования и на основе многопрофильной экспертной оценки специалистами в данной области. Потребности детей-инвалидов в ЛФК изучены в зависимости от возраста, пола, уровня образования, характера инвалидизирующей патологии и уровня ограничения жизнедеятельности, уровня социальной защищенности семей. Они в целом составили 21,9 на 100 обследованных (21,9/100). С возрастом потребности детей-инвалидов в ЛФК уменьшаются. Так, если в возрасте 1-2 года они составили 60,0/100, то в возрасте 7-18 лет – 19,3/100. Высокий уровень потребностей детей-инвалидов в ЛФК наблюдался в возрасте до 1 года (40,0/100). Обнаружено статистически достоверное преобладание потребности детей-инвалидов в ЛФК среди мальчиков (23,9/100) при 19,2/100 у девочек. Различий от уровня образования не установлено. Чем выше уровень социальной защищенности семей, воспитывающих детей-инвалидов, тем достоверно ($p < 0.01$) выше уровень потребности в мерах ЛФК. Потребность в ЛФК у инвалидов вследствие психических заболеваний и врожденных аномалий развития составляла 20,8/100 и 20,0/100 соответственно, а у инвалидов вследствие болезней нервной системы - 24,3/100. ($p < 0.05$).

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ АГМА В СЕССИОННЫЙ**И ПРЕДСЕССИОННЫЙ ПЕРИОД****О.В. Точилина****Астраханская государственная медицинская академия****Кафедра лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии
Зав. кафедрой – к.м.н. И.Н. Андреева
Научный руководитель – к.м.н. И.Н. Андреева**

Высокая нагрузка на психоэмоциональную сферу в сессионный и предсессионный период отрицательно сказывается на самочувствии и здоровье студентов. Поэтому существует потребность в методах коррекции, позволяющих в сравнительно короткий срок провести восстановление организма учащихся. Одним из методов, оказывающих положительное влияние на психоэмоциональный статус человека является визуальная цветостимуляция (ВЦС). В основе ее лечебного действия лежит воздействие на зрительный анализатор светом различных цветов, подаваемым с различной частотой и длительностью импульса. Целью исследования было: определить рациональность применения ВЦС для снятия эмоционального напряжения у студентов в предсессионный и сессионный период. Основной задачей исследования было: оценить состояние ряда высших психических функций у студентов до и после проведения ВЦС. Объектом исследования были выбраны 2 группы студентов АГМА: основная группа из 35 человек, получивших курс ВЦС, и контрольная из 19 человек, которые ВЦС не получали. Воздействие осуществлялось в предсессионный период с помощью аппарата «АСИР» по схеме, индивидуально подобранной для каждого студента. Курс состоял из 10 процедур, проводимых ежедневно. Студентам основной и контрольной группы были проведены исследования: ортопроба, тесты Лурия, Шульте и Люшера. Сравнение результатов тестов до и после лечения в основной группе выявило достоверную положительную динамику в психоэмоциональной сфере, в состоянии вегетативной нервной системы, достоверно улучшились память и внимание. В контрольной группе достоверные положительные изменения отсутствовали. Полученные результаты позволяют считать, что ВЦС является достаточно эффективным средством для профи-



лактики и лечения последствий стрессовой ситуации, какой несомненно является сессия.

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СТАТИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ БОРЬБОЙ САМБО

К.В. Троянов, А.С. Покидова, Д.Л. Соловьев

Российский государственный медицинский университет

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ

Зав кафедрой – акад. РАЕН проф. Б.А. Поляев

Научный руководитель – к.м.н. доц. А.Н. Лобов

Важным разделом спортивной медицины является изучение вопросов адаптации вегетативных систем организма к статическим нагрузкам. Особое значение в этом случае имеет разработка функциональных проб, максимально приближенных по своему выполнению к тем двигательным навыкам, которые характерны для конкретной спортивной специализации. Задачей настоящей работы было рассмотрение некоторых физиологических аспектов реакций сердечно-сосудистой системы в ответ на статическую нагрузку у студентов-спортсменов занимающихся борьбой самбо. Было обследовано 28 спортсменов в возрасте от 17 до 24 лет, занимающихся борьбой самбо Контрольная группа (КГ) представлена 16 лицами того же возраста, не занимающимися спортом. Нагрузка выполнялась в положении сидя и заключалась в удержании статического усилия на кистевом динамометре равного 30% от максимальной произвольной силы (МПС) и длилась до отказа. Во время нагрузки регистрировалось: число сердечных сокращений (ЧСС); артериальное давление (АД); и двойное произведение (ДП). По данным измерения АД рассчитывали среднее давление (Pm) по формуле: $Pm = Pd + 0,42 DP$. Физиологические показатели ($X \pm$) в покое и при выполнении статических нагрузок в контрольной группе (КГ) и у спортсменов

(С). Определялась степень повышения физиологических показателей у спортсменов и нетренированных лиц в ответ на одну и ту же стандартную статическую нагрузку. Возмущающее воздействие в контрольной группе неизбежно влечет за собой такие же по направленности изменения физиологических показателей, как и у спортсменов. Вместе с тем степень выраженности изменений этих показателей у спортсменов оказывается существенно меньшей, чем у нетренированных лиц. Нами установлено, что с увеличением статической нагрузки повышается ЧСС, все показатели АД и особенно значительно ДП. Однако, спортсмены-борцы выполняют статическую нагрузку в более оптимальном режиме по сравнению с нетренированными: при меньших значениях ЧСС, ДД, СрД. Таким образом закономерный характер реакции физиологических показателей в зависимости от величины статической нагрузки может быть использован для оценки адаптационных возможностей спортсмена выполнять специфическую мышечную работу.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ СПИННОГО МОЗГА

А.Н. Фазлеев, Э.Н. Габитов

Казанский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии с курсом физиотерапии

Зав. кафедрой – д.м.н. проф. И.Г. Салихов

Научный руководитель – к.м.н. асс. Р.А. Бодрова

Комплексная реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга является актуальной проблемой в неврологии (Белова А.Н., 2000). Целью исследования явилось изучение эффективности применения гелий-неонового лазерного излучения у больных с травмами позвоночника. Под наблюдением находился 21 больной с травматической болезнью спинного мозга на различных уровнях (ThIV-ThXII) в форме нижней спастической параплегии, тазовых и трофических нарушений (пролежни в области крестца, тазобедренных суставов), в возрасте от 19 до 38 лет, с длительностью заболевания 1,5?0,6 года. Больные рандо-

мизированно были распределены на 2 группы, сопоставимые по возрасту и полу, клиническим проявлениям. I группа (контрольная) - 10 пациентов получали гелий-неоновое лазерное излучение (ГНЛИ) на область пролежней; II группа (основная) - 11 пациентов получали последовательно ГНЛИ по акупунктурным точкам общего действия и область пролежней после хирургической обработки дефектов кожи. Плотность потока мощности составляла 5 и 20 мВт/см², общая экспозиция - 15 минут. После проведенного лечения у больных, получавших ГНЛИ по модифицированной нами схеме, отмечалось уменьшение размеров повреждения кожи, сокращение очагов язвенных дефектов кожи на 12,6% ($P < 0,05$), появление грануляций, интенсивной краевой эпителизации после 7-8 процедур; снижение показателей активности процесса ($P < 0,05$) и улучшение общего состояния у 68,2% больных. Таким образом, восстановительное лечение нейротрофических нарушений у больных с травматической болезнью спинного мозга с включением ГНЛИ позволяет ускорить процессы репарации, расширить двигательный режим, что повышает эффективность реабилитации данных больных.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ГИМНАСТИКИ

С.А. Федорова, О.А. Малахов, М.А. Еремушкин

ГУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова, Москва

Директор – акад. РАН и РАМН проф. С.П. Мионов

Научный руководитель – проф. М.Б. Цыкунов

В последние годы возникло много современных неинвазивных методик обследования, в том числе и компьютерный топографический анализ деформаций тела человека (топографическая фотометрия), позволяющий визуализировать нарушения осанки и состояния верхних и нижних конечностей и оценить их степень, а также наблюдать за динамикой статической деформации. Материалом нашего исследования послужили наблюдения за 136 пациентами школьного возраста. Обследование проводилось на АПК «Супер М». При первичном

осмотре на спину пациента наносили маркеры по костным ориентирам, затем на обследуемого проецировалось изображение сетки и производилось фотографирование его привычной осанки. При помощи специального модуля программы восстанавливалось трехмерное изображение спины пациента. Далее оценивалось качественно и количественно наличие асимметрии мышц спины, углы переднего и бокового наклона лопаток, отсутствие или наличие признаков перекоса таза, состояние физиологических изгибов позвоночника. Детям с патологией ОДА проводилась корригирующая лечебная гимнастика (ежедневные занятия по 40 мин.) в сочетании с проведением курса массажа и физиотерапии, подбирались ортопедические изделия. При первичном обследовании у 53 пациентов была выявлена сутулая осанка, у 24 обнаружены отклонения позвоночника от центральной оси и признаки скручивания позвоночника. При повторном осмотре через 3 месяца после проведения курса корригирующей гимнастики у 31 пациента с сутулой осанкой отмечается снижение высоты грудного кифоза, у 19 пациентов со сколиотическим типом осанки уменьшилась асимметрия в высотах стояния лопаток, визуализируется нормализация мышечного рельефа. У 2 пациентов, не получивших назначенного лечения, через 3 месяца наблюдались признаки прогрессирования сколиотической деформации. Учитывая то, что топографическая фотометрия относится к лучевым методам диагностики нарушения ОДА, возможно ее применение для наблюдения в течение всего периода лечения пациентов и коррекции курса ЛФК.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА У ЮНЫХ ЛЕГКОАТЛЕТОВ

Г.К. Филимонова

Пермская государственная медицинская академия

Кафедра спортивной медицины и реабилитологии с курсом геронтологии

Зав. кафедрой – д.м.н. проф. Л.М. Белозерова

Научные руководители – к.м.н. асс. А.Б. Сиротин, асс. З.Г. Нуретдинова



Занятия легкой атлетикой сопряжены с физической и эмоциональной перегрузкой, особенно в период соревнований. Это приводит, подчас, к перенапряжению адаптивных систем мозга, влияющих не только на поведенческие реакции, но и на трофику систем организма в целом. Целью исследования являлось изучение взаимосвязей состояния вегетативной нервной системы и твердых тканей зубов у юных легкоатлетов. Обследовано 93 легкоатлета в возрасте от 12 до 17 лет, из них 30 лиц мужского и 63 женского пола. Фиксировали зубную формулу, количество зубов с кариозными полостями (К), количество запломбированных зубов (П), количество удаленных зубов (У) - КПУ. Одновременно выявляли признаки изменения состояния вегетативной нервной системы при помощи опросника А.М. Вейна. Синдром вегетативной дистонии диагностировали, если общее количество баллов в результате анкетирования было равно или превышало 15. В результате исследования у 20,4% от общего числа всех осмотренных легкоатлетов был обнаружен синдром вегетативной дистонии. Процент нуждаемости в санации полости рта у данного контингента обследуемых составил 52,6% против 45,9 % у практически здоровых спортсменов. У легкоатлетов с синдромом вегетативной дистонии средний показатель КПУ составил $4,36 \pm 1,10$, у легкоатлетов без патологии КПУ равнялся $2,95 \pm 1,12$ (различия статистически достоверны). Из приведенных результатов следует, что интенсивность кариеса выше у легкоатлетов с синдромом вегетативной дистонии, чем у практически здоровых спортсменов.

ПОВРЕЖДЕНИЕ БАНКАРТА КАК ОСНОВНОЙ ДЕСТАБИЛИЗИРУЮЩИЙ ФАКТОР В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Р.Т. Цинцадзе, К.А. Николаев, С.Т. Макнасси

ГУН Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова

Клиника спортивной, балетной и цирковой травмы

Зав. отделением – акад. РАН и РАМН проф. С.П. Миронов

Научный руководитель – проф. А.К. Орлецкий

Наиболее распространенным типом нестабильности плечевого сустава является передний (до 90%), основной причиной которого является повреждение Банкарта. Цель исследования - улучшение результатов лечения пациентов с передним типом нестабильности плечевого сустава. Предоперационная диагностика включала компьютерную томографию плечевого сустава с контрастированием полости сустава кислородом. Исследования проведены у 98 пациентов с передним типом нестабильности плечевого сустава. Возраст от 17 до 45 лет. По данным исследования КТ с контрастированием полости сустава кислородом - у 96-и пациентов имелось повреждение переднего отдела хрящевой губы. При артроскопической ревизии сустава у 98 пациентов обнаружено повреждение Банкарта отрыв хрящевой губы с капсулой сустава и плечелопаточными связками в передненижнем отделе суставной впадины лопатки. Оперативное лечение заключалось в наложении 2-3х трансоссальных швов, проведенных через шейку лопатки не рассасывающимися нитками фирмы Acufex. В случае аваскулярного некроза хрящевой губы производилась непосредственная фиксация капсулы и соответствующего отдела плечелопаточных связок к суставному отростку лопатки. В одном случае отмечался рецидив вывиха, обусловленный повторной травмой. Заключение: По нашему мнению, повреждение Банкарта является основным дестабилизирующим фактором в патогенезе нестабильности плечевого сустава. Поэтому основным методом лечения нестабильности плечевого сустава мы считаем операцию по восстановлению нормальной анатомии в соотношении хрящевой губы, капсулы, плечелопаточных связок и суставной поверхности лопатки при помощи артроскопической техники.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЕ КАК ПРИЧИНА ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

А.В. Чебыкин, О.В. Чебыкина

Самарский государственный медицинский университет

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины

Зав. кафедрой – д.м.н. проф. В.В. Аршин

Научный руководитель – д.м.н. проф. В.В. Аршин

Остеохондроз позвоночника – одно из самых распространенных заболеваний, часто приводящее к утрате трудоспособности. Это обуславливает важность раннего выявления остеохондроза, а также целенаправленных реабилитационных, оздоровительно-профилактических мер у рабочих. Для реализации цели поставлена следующая задача - установить трудовые движения, которые способствуют возникновению остеохондроза, разработать биомеханически обоснованные, оздоровительно-профилактические мероприятия и изучить их эффективность. Исследования проводили в цехах ВАЗа. Обследовано методом скрининга 490 человек, преимущественно женщин. Возраст рабочих от 20 до 55 лет. Комплексный осмотр включал биомеханическое и клиническое обследование. При этом подвергнуты детальному визуальному изучению отдельные элементы кинематических цепей основных операций у рабочих. Неблагоприятные факторы производственной среды у водителей погрузчиков носят комплексный характер и проявляются, в основном длительным пребыванием в вынужденной, нефизиологичной позе, выраженным переменным динамическим и статическим напряжением, сочетанием осевой нагрузки, ротационных движений в шейном и поясничном отделе на фоне общей вибрации. Это приводит к возникновению переутомления, перенапряжения, микротравматизации ПДС, инконгруэнтности суставных поверхностей межпозвонковых суставов и в конечном итоге, как правило способствует возникновению остеохондроза позвоночника. Из вышесказанного можно сделать вывод, что своевременное выявление клинико-функциональных особенностей возникновения и проявления остеохондроза позвоночника у водителей погрузчиков позволяет целенаправленно проводить оздоровительно – профилактические мероприятия, рационально осуществлять профотбор и диспансеризацию преимущественно на производстве и в спорте.

ПРИМЕНЕНИЕ ИЗОМЕТРИЧЕСКОГО И ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОГО ТЕСТОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕ-

МИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ С.В. Черникова

Ярославская государственная медицинская академия

Кафедра лечебной физкультуры и врачебного контроля с курсом физиотерапии

Зав кафедрой – д.м.н. проф. А.Н. Шкробко

Научные руководители – д.м.н. проф. А.Н. Шкробко, к.м.н. асс. О.А. Некоркина

Цель: изучение результатов физической реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Обследовано 15 мужчин в возрасте от 51 до 66 лет, давностью заболевания от 1 до 11 лет с верифицированным диагнозом ИБС. Из них: у 9 пациентов в анамнезе был инфаркт миокарда, у 8 - наблюдалась стабильная стенокардия напряжения I-II функционального класса, у 4 - редкая желудочковая экстрасистолия. Амбулаторно-поликлинический этап физической реабилитации предполагал 15-20 занятий статико-динамической лечебной гимнастикой (СДЛГ) по методике, разработанной на нашей кафедре, с освоением VI-VII ступеней двигательной активности и ежедневные дозированные прогулки. Больным до и после курса проводился изометрический тест (ИТ) и велоэргометрический тест (ВТ) с определением показателя «Двойное произведение» (ДП). На велоэргометре предлагалась нагрузка 50 Вт с частотой педалирования 60 оборотов в минуту в течение 3 минут с определением показателя «ДП» до и после теста. Изометрический тест предполагал кистевое сжатие с помощью реверсивного кистевого динамометра в течение 1 минуты с силой, равной 50% от максимальной и определением показателя «ДП». Результаты: после проведенного курса реабилитации у больных наблюдалось снижение показателя «ДП» по данным ИТ с $90,5 \pm 1,2$ до $80,8 \pm 1,1$ до теста и с $94,8 \pm 1,9$ до $84,4 \pm 1,6$ условных единиц (усл.ед.) после тестирования, а по результатам ВТ - с $89,7 \pm 2,0$ до $80,4 \pm 1,9$ до теста и с $113,3 \pm 2,1$ до $95,7 \pm 1,8$ усл.ед. после теста. Вывод: эффективность физической реабилитации больных ИБС с применением СДЛГ подтверждается уменьшением показателя «ДП», определенного с



помощью ИТ и ВТ. Тесты просты, информативны и могут быть использованы на амбулаторно-поликлиническом, стационарном и санаторном этапах реабилитации больных ИБС.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ОТБОРА ДЕВОЧЕК В СПОРТИВНУЮ ГИМНАСТИКУ

О.В. Чернухина

Российский государственный университет физической культуры

Кафедра социологии и истории олимпийского спорта

Зав. кафедрой – д.ф.н. проф. В.И. Столяров

Научный руководитель – д.п.н. проф. Л.И. Лубышева

Спортивная гимнастика, как и многие виды спорта, предъявляет строго определенные требования к морфологической организации занимающихся, и, в первую очередь, к их конституции. Целью исследования явилось выявление особенностей пренатального и постнатального физического и психомоторного развития (до прихода в спорт) девочек-гимнасток в зависимости от конституции (по Штефко-Островскому). В основу работы положены результаты ретроспективного исследования 36 высококвалифицированных гимнасток и 32 юных гимнасток. В результате проведенных исследований были выявлено, что 26 (72,2%) из элитных гимнасток имели мышечный соматотип (мезоморфную конституцию), а 10 (27,8%) – мышечно-грудной соматотип. Среди юных гимнасток 15 (48,8%) были мышечного, 5 (15,6%) – грудного, 5 мышечно-грудного (15,6%), а 7 (21,9%) неопределенного соматотипа. Девушки и девочки мышечного соматотипа имели при рождении достоверно больший вес, чем у девочек грудного соматотипа (3,210 кг и 2,950 кг, $p < 0,05$). У юных гимнасток исследовался «зубной» возраст. Девочки грудного соматотипа по «зубному» возрасту отставали от показателей в популяции на 2-3 года. У представительниц мышечного соматотипа данная тенденция не выявлялась. При ретроспективной оценке психомоторного развития (по поликлиническим выпискам из истории развития ребенка) было выявлено, что среди юных гим-

насток девочки мышечного соматотипа начали сидеть и ходить в среднем на 0,3 месяца раньше, чем девочки торакального типа (5,3 мес. и 5,7 мес.) и (11,2 мес. и 11,5 мес.). Начали говорить в среднем на 0,8 мес. (16,0 мес. и 16,8 мес.) раньше девочки мышечного соматотипа по сравнению с грудным. Таким образом, девочки мышечного соматотипа развиваются и созревают быстрее.

ОСОБЕННОСТИ ЭКГ У ЮНЫХ ТЯЖЕЛОАТЛЕТОВ

К.М. Шубин, А.В. Шиян

Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма

Кафедра адаптивной физической культуры и спортивной медицины

Зав. кафедрой – д.м.н. проф. Г.А. Макарова

Научный руководитель – д.м.н. проф. Г.А. Макарова

Основной целью настоящих исследований являлся анализ особенностей ЭКГ у юных тяжелоатлетов с позиции их соответствия существующим возрастным нормативам, а также данными, полученными при обследовании идентичной группы детей и подростков, не занимающихся спортом. Всего обследовано 220 лиц мужского пола в возрасте от 8 до 15 лет. В результате проведенных исследований установлено, что у юных тяжелоатлетов несоответствие отдельных элементов ЭКГ возрастным нормам, а также пограничные изменения наблюдаются реже, чем в контрольной группе. Так, в опытной группе синдром CLC был зарегистрирован в 2,5%, в контрольной группе – в 9% случаев; синдром ранней реполяризации соответственно в 70 и 96%. Уменьшение амплитуды зубца Т (по отношению к зубцу R) в 7,5 и 13%; миграция водителя и право предсердный ритм в 3,3% - 7,5% и в 1,5% - 5%. Иная картина наблюдалась только относительно ЭКГ-признаков гипертрофии левого желудочка, которые были зарегистрированы у 22,5% юных тяжелоатлетов, из них у 7,5% признаки выраженной, у 15% - слабовыраженной. В контрольной группе эти цифры были в 2 раза ниже. Таким образом, судя по результатам анализа ЭКГ, регламентированные занятия силовыми нагрузками в воз-

растном диапазоне от 8 до 15 лет в определенной степени стабилизируют вегетативный статус и улучшают обменные процессы в сердечной мышце. В то же время, на их фоне отчетливо прослеживается тенденция к гипертрофии левого желудочка, что предъявляет особые требования к отбору детей и подростков в данный вид спорта, прежде всего в плане наследственной отягощенности по гипертонической болезни и раннему атеросклерозу.

ВЛИЯНИЕ СВЕТОДИОДНОГО НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В КРАСНОМ ДИАПАЗОНЕ СПЕКТРА НА ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН

Н.Ю. Шураева, М.П. Толстых
Российский государственный медицинский университет
Кафедра биологической физики МБФ
Зав. кафедрой – акад. РАМН проф. Ю.А. Владимиров
Научный руководитель – акад. РАМН проф. Ю.А. Владимиров

Цель исследования - изучить влияние светодиодного излучения в красной области спектра на иммунохимические и свободно-радикальные механизмы заживления ран. Наблюдавшиеся 50 пациентов с гнойными заболеваниями мягких тканей верхних и нижних конечностей были распределены на 2 группы: 1-ая - 30 пациентов лечение которых осуществляли традиционным методом с применением 1% р-ра йодопиридола и ДАЦ-трипсина; 2-ая основная группа - 20 пациентов, которым в дополнение к указанному лечению на раны воздействовали светодиодным излучением аппарата Тера Фот АСТ-01, длина волны 660нм, плотность мощности до 5 мВт/см², экспозиция 5 минут. Облучение начинали сразу же после хирургической обработки, в виде 10 ежедневных процедур. В ходе исследования изучались следующие параметры: функциональная активность (продукция активных форм кислорода) и продукция оксида азота лейкоцитами периферической крови. Также проводилась сравнительная оценка динамики раневого процесса. Получены данные: 1. В контроле показатель выработки активных форм кислорода лейкоцитами к 10-ой процедуре облучения увеличился 1,7 раза,

в основной группе в 2, 2 раза. Это говорит, об увеличении бактерицидности фагоцитов в ране под действием светодиодного излучения и соответственно, более скорейшего очищения облучаемых ран от остатков погибших клеток и бактериальных токсинов. 2. Концентрация оксида азота в контрольной группе к 10-ой процедуре достигла повышения в 1,2 раза. В основной группе эта величина достигла увеличения в 4 раза, что привело к более высокой вазодилатации микрососудов и как следствие, к ускорению репаративных процессов в ране. 3. При оценке динамики раневого процесса было показано, что при традиционном лечении очищение ран от гнойного детрита и фибриновых масс происходило через 8,5±0,8 дней, появление грануляций - через 8,1±0,8 дней, краевая эпителизация выявлялась через 9,1±0,8 дней. После воздействия некогерентного красного светодиодного света вышеуказанные показатели были достоверно лучше: соответственно – очищение ран – через 5,8±0,4 дней, появление грануляций – через 5,6±0,4 дня, краевая эпителизация отмечена через 6,2±0,5 дней. Таким образом, некогерентное светодиодное излучение в красном диапазоне спектра оказывает эффективное влияние на заживление гнойных ран и трофических язв, поскольку его применение способствует стимуляции и ускорению процессов очищения и репарации раневых дефектов.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И СПЕЦИАЛЬНУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ, СПЕЦИАЛИЗИРУЮЩИХСЯ В ФЕХТОВАНИИ НА ШПАГАХ

Л.В. Ясько
Национальный университет физического воспитания и спорта Украины
Кафедра спортивной медицины
Зав. кафедрой – д.м.н. проф. Л.Г. Шахлина
Научный руководитель – д.м.н. проф. Л.Г. Шахлина

Целью данных исследований является определение психофизиологического состояния и его влияние на специальную работоспособность квалифицированных спорт-



сменок, специализирующихся в фехтовании на шпагах, с учетом гормонального статуса их организма. В обследовании приняли участие 7 спортсменок, входящих в состав и являющихся кандидатами национальной команды юниоров Украины по фехтованию на шпагах. Исследования проведены в каждую фазу менструального цикла (МЦ) на протяжении двух циклов. Регистрировали показатели кратковременной зрительной памяти, скорости и эффективности переработки зрительной информации, времени простой и сложной зрительно-моторной реакции, а также результативности фехтовальных поединков во время боевой практики. Установлено, что оптимальный психофизиологический статус фехтовальщиц характерен для постменструальной и постовуляторной фаз МЦ. В фазу овуляции время сложной зрительно-моторной реакции замедляется на 14,5% по сравнению с оптимальными фазами, а количество допускаемых спортсменками ошибок при выборе дифференцировки увеличивается на 10,3%. В менструальную и предменструальную фазы отмечены наихудшие показатели скорости и эффективности переработки зрительной информации. Количество выигранных спортсменками поединков является наибольшим в постменструальную (60,1%) и постовуляторную (50%) фазы цикла и наименьшим – в фазу овуляции (33,3%). Результативность фехтовальных поединков зависит от психофизиологического состояния спортсменок, что подтверждается значимой корреляционной взаимосвязью исследуемых показателей. Таким образом, гормональные изменения женского организма обуславливают определенное психофизиологическое состояние спортсменок, которое отражается на их спортивном результате.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I - II СТЕПЕНИ

Е.С. Воробьева, Н.И. Цицкишвили

Московская государственная академия физической культуры

Кафедра физкультурно-оздоровительных технологий

Зав. кафедрой – проф. А.С. Чубуков

Научный руководитель – проф. А.С. Чубуков

Целью работы являлась разработка комплексной программы двигательной реабилитации в сочетании с райттерапией дал детей младшего школьного возраста, страдающих сколиозом грудного отдела позвоночника 1-2 степени и изучение влияния лечебной гимнастики в сочетании с райттерапией на опорно-двигательный аппарат детей с диспластическим сколиозом 1-2 степени. Исследовалась группа детей младшего школьного возраста (6-8 лет) в количестве 22 человек, которые были разделены на 2 группы по 11 человек (в процентном соотношении 50% мальчики и 50% девочки). Достижение поставленной цели осуществлялось путем решения следующих задач: выявить функциональное состояние отдельных звеньев позвоночника; - разработать программу двигательной реабилитации с использованием райттерапии для детей с диспластическим сколиозом 1-2 степени; - экспериментально обосновать эффективность предложенной методики. Методы исследования: - антропометрический метод исследования; - спирометрия; - одномоментная качественная проба сердечно-сосудистой системы; - оценка общей работоспособности (Гарвардский степ-тест) ИГТС; - определение угла искривления методом А.Е. Абальмасовой. В процессе лечения методика райттерапии была разделена на 2 периода. Первый состоял из двух этапов: 1. Подготовительный - цель которого подготовить ребенка к посадке на лошадь. 2. Адаптационный - перестроить антигравитационную систему ребенка из положения стоя в положение сидя на лошади. Цель второго периода - на фоне тренирующей терапии достижение коррекции искривления, улучшение осанки, создание вокруг позвоночника сильного мышечного корсета, поднятие психоневрологического тонуса, улучшение общего функционального состояния и физического развития организма ребенка. Лечение диспластического сколиоза начинается в зале лечебной гимнастики. Для подготовки ребенка к райттерапии применялись составленные специальные упражнения с целью укрепления тех мышечных групп, которые в меньшей степени участвуют в процедурах лечебной гимнастики и в большей степени активны при верховой езде. После процедуры лечебной гимнастики в лечение включается райттерапия. Суть этапа адаптации райттерапии состоит в том, чтобы был создан новый стереотип «пациент-всадник», т.е. доведение статуса всадника до подсознательного уровня, создание модели «пациент-лошадь» как единой системы и полная перестройка антигравитационной системы с положения стоя в

положение сидя на лошади, т.е. овладение верховой ездой для максимального осуществления той цели и задач, которые были поставлены для лечения диспластического сколиоза. Первоначально процедуры райттерапии проводились на вольтижировочном седле с применением корды, без стремян. На этапе адаптации процедуры проводились в группах по 6-8 человек, на одной лошади, на вольтижировочном седле с применением корды, в обыкновенной спортивной одежде, в течение 2-х академических часов, с кратковременными нагрузками (3-5 мин.) и с относительно продолжительными перерывами (10-15 мин.). В течение одной процедуры дается нагрузка с учетом степени и локализации сколиоза. После выработки определенных навыков вольтижировочное седло заменяется на спортивное рабочее седло, опять с применением корды. Второй период райттерапии является основным периодом лечебной верховой езды, периодом тренирующей терапии, цель которого - центрирование или тенденция к центрированию децентрированного пульпозного ядра, исправление осанки и достижение коррегирующего эффекта, усиление мышечного корсета вокруг позвоночника. В тренирующем периоде особое внимание уделяли подбору исходного положения. Для правильной коррекции делали отметки углем или цветным лейкопластырем на остистых отростках по всей длине позвоночного столба. Затем удерживанием верхних конечностей на разных уровнях и в случае торсии малым оборотом туловища и т.д. достигали «исправления» позвоночного столба путем расположения на остистых отростках сделанных пометок по возможности на одной линии, и заставляли пациента сохранять достигнутого положения на разных аллюрах, тем самым, развивая мышечную память. Индивидуально составляется комплекс упражнений: на балансировку и на дыхание, для растяжения позвоночника на месте локализации деформации, для усиления мышц спины, плечевого пояса, позвоночника и живота, для тренировки под-

вздошно-поясничной мышцы. В занятии для корригирующих упражнений также применялись гимнастические снаряды: мяч, палка, гантели малого веса и т.д. Назначаются как симметричные, так и асимметричные упражнения. Во время верховой езды включались по возможности все те упражнения, которые при диспластическом сколиозе проводятся в зале лечебной гимнастики. Очень важным для процедуры райттерапии является подбор лошади. Например, в случае грудного сколиоза возможность центрирования децентрированных пульпозных ядер дает, в основном, учебная рысь. Амплитуда колебаний, идущих со спины лошади, должна быть малой, так как в случае колебаний высокой амплитуды может возникнуть опасность эпифиолиса. В результате проведения комплексной методики реабилитации в сочетании с райттерапией замечен высокий рост показателей как физического развития детей, так благоприятного течения заболевания. У детей угол искривления позвоночного столба уменьшился в среднем на 7 градусов, что составило на 58,3% показатель выше группы, где применена только лечебная гимнастика. Антропометрические показатели выше на 7%, показатели спирометрии на 24,1%, общая работоспособность повысилась на 15,4%. Из всего выше сказанного следует, что применение данной комплексной методики физической реабилитации приводит к значительно более лучшим результатам. В сочетании с райттерапией можно эффективно влиять на выработку правильного локомоторного навыка, а, следовательно, препятствовать развитию сколиотического угла. Комплексная методика физической реабилитации в сочетании с райттерапией является методом более эффективного усиления функций мышц, формирования «корсета» и восстановления утраченного локомоторного стереотипа и, как следствие, уменьшения величины сколиотического искривления, позволяет получить высокий терапевтический эффект в короткие сроки реабилитации.

Организаторы конференции – Студенческое научное общество Российского государственного медицинского университета и Студенческий научный кружок кафедры реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ РГМУ – искренне благодарят генерального спонсора конференции Российскую ассоциацию по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов (РАСМИРБИ) за сотрудничество и предоставленную помощь.



ФИЗИО-ГИДРОБАЛЬНЕОФАКТОРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВЫШЕНИИ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СПОРТСМЕНОВ

Г.Р. Гигинеишвили

**Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии
Россия, Москва**

Несомненным завоеванием Российской медицинской науки является создание единой научной дисциплины «курортология и физиотерапия» и «лечебная физкультура и спортивная медицина». Нами на стыке этих направлений впервые разработан новый раздел «физические факторы в системе профилактики заболеваний восстановления работоспособности спортсменов», целью которого явилась разработка теоретических основ и методов целенаправленного действия физических факторов на процессы адаптации к физическим и психоэмоциональным нагрузкам спортсменов с учетом направленности тренировочных процессов, вида спорта, их квалификации, стажа, пола, возраста и т.д. Организм спортсмена может послужить уникальной моделью для изучения и совершенствования адаптационных возможностей человека. В период крайней интенсификации производственной деятельности, увеличения уровня физического и психоэмоционального напряжения и ухудшения экологической обстановки сохранение здоровья человека, восстановление и повышение его работоспособности в настоящее время может явиться глобальной задачей здравоохранения.

В проведенных в данном направлении исследованиях впервые применялся подход, основанный на одновременном изучении деятельности всех основных систем, лимитирующих спортивную деятельность: ЦНС, нервно-мышечного аппарата, кардиореспираторной системы, гомеостаза, иммунной и гормональной систем.

Обширные данные, полученные в результате многолетних наблюдений, свидетельствуют об эффективности использования физических факторов в спортивной медицине для профилактики заболеваний, восстановления и повышения работоспособности спортсменов. В частности, создано представление о двухкомпонентной структуре гомеостаза (базовые и зависящие от них функции), что позволило по-новому взглянуть на теоретические аспекты адаптации к спортивным нагрузкам и тесно связанную с ним проблему восстановления работоспособности спортсменов. Согласно данной концепции особое внимание должно уделяться проблемам восстановления базовых функций организма (состояние защитных сил организма) и ЦНС, т.к. нарушение механизмов адаптации этих систем к физическим и психоэмоциональным нагрузкам ведет к изменению соматических и вегетативных функций.

Было обследовано 415 спортсменов высокой

квалификации, занимающихся различными видами спорта. Из них 265 реабилитировали физическими факторами (высокочастотные электромагнитные поля дециметрового диапазона волн, синусоидальные модулированные токи, ультрафиолетовое облучение и др.). У наблюдаемых спортсменов отмечены нарушения во всех звеньях иммунной системы, сопровождающиеся дисбалансом эндокринных механизмов. Эти особенности определили наш подход к коррекции спортивных иммунодефицитов физическими факторами. Показано, что проведение курса физиотерапевтических воздействий нормализует показатели иммунитета, гормонального гомеостаза и соматических функций. Это указывает на необходимость подключения физических факторов, целенаправленно действующих на иммунную и эндокринную системы, в самом начале реабилитационных мероприятий. Кроме того, показано благоприятное влияние углекислых и йодобромных ванн на регуляторные механизмы деятельности сердечно-сосудистой системы, на течение процессов адаптации к физической нагрузке. Гидроэлектрические ванны в сочетании с подводно-струевым душем-массажем улучшают процессы восстановления сердечно-сосудистой системы, оказывают влияние на восстановление функции нервно-мышечного аппарата. Их применение в подготовительный период дает возможность повысить интенсивность тренировочного процесса.

Хлоридные натриевые, сероводородные, скипидарные ванны оказывают стимулирующее действие на симпатико-адреналовую систему и глюкокортикоидную активность надпочечников, нормализуют нейрогуморальную регуляцию вегетативных функций и нарушений в нервно-мышечной системе. Их применение показано в предсоревновательный и соревновательный периоды, так как они оказывают тонизирующее влияние на организм спортсмена.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о повышении адаптивных и тренируемых возможностей спортсменов при дифференцированном и своевременном применении физио- и гидробальнео-факторов, что позволяет повысить работоспособность спортсменов и предупредить заболеваемость. Значимость полученных результатов увеличивает возможность их распространения на работоспособное население с целью оздоровления нации.

© Г.Р. Гигинеишвили, 2004

КАЛЕНДАРЬ СОБЫТИЙ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ РЕАБИЛИТАЦИИ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

12 – 15 мая 2004

KINE 2004

11-я Казахская Международная Выставка «Здравоохранение», www.caspianworld.com

15 – 18 июня 2004

МЕДИЦИНА - СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

Россия, Сочи

В рамках выставки состоится VI Всероссийская фармацевтическая конференция «Региональные проблемы лекарственного обеспечения в Российской Федерации»

ОРГАНИЗАТОР: Администрация Краснодарского края, Администрация города Сочи, ТПП г. Сочи

Выставочная компания «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи»

Тел./факс: (8622) 620524, 622851, 623187, 623196

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: Выставочный центр ФГУП ОК Управления делами Президента РФ «Дагомыс»

14 – 17 сентября 2004

VINE 2004

10-я Юбилейная Азербайджанская Международная Выставка «Здравоохранение»
www.caspianworld.com

23 – 25 сентября 2004

BEAUTY CENTRAL ASIA 2004

2-я Центрально-Азиатская Выставка Индустрии Красоты

www.caspianworld.com

5 – 8 октября 2004

БОЛЬНИЦА

Россия, Санкт-Петербург, Ленэкспо, Гавань

9-я международная специализированная выставка по здравоохранению

Тел: +7 (812) 380-6000

Факс: +7 (812) 380-6001

e-mail: strax@primexpo.ru

5 – 8 октября 2004

ЭСТЕТИКМЕД

Россия, Санкт-Петербург, Ленэкспо, Гавань

2-я международная специализированная выставка по эстетической медицине

Тел: +7 (812) 380-6000

Факс: +7 (812) 380-6001

e-mail: strax@primexpo.ru

ИНФОРМАЦИЯ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА

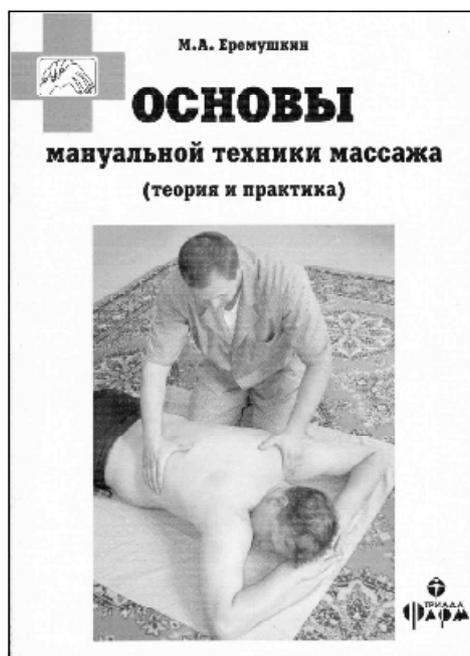
Работы, защищенные в диссертационном Совете д.208.072.07 при Российском государственном медицинском университете по специальности 14.00.51 – восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия, 5 апреля 2004 года:

Липовка Л.В., «Особенности течения фертильного и климактерического периодов у женщин-спортсменок», – к.м.н.

Луговая И.А., «Использование лазерного излучения и электромагнитного поля в лечении больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника с синдромом вертебрально-базилярной недостаточности», – к.м.н.

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

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



ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Еремушкин М.А. **ОСНОВЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕХНИКИ МАССАЖА (ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА)** Москва, Триада Фарм, 2004

В монографии освещаются теоретические вопросы мануальной техники массажа, использование которых на практике может в значительной степени повысить эффективность массажного воздействия. Представлены унифицированные классификации, как систем и видов массажа, так и массажных приемов с позиции биомеханики движений. Обобщая многочисленные данные отечественной и зарубежной литературы, приведены способы дозирования массажа. Изложены основные принципы обучения мануальной массажной технике.

Предназначена для врачей лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапевтов, мануальных терапевтов, рефлексотерапевтов, массажистов, слушателей курсов по массажу, студентов и аспирантов медицинских вузов.



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. Статья обязательно подписывается автором. 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 9x12 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

5th EOC MEDICAL AND SCIENTIFIC COMMISSION MEETING Moscow (RUS), 29th March 2004



Комиссия по науке и медицине Европейского Олимпийского Комитета. Слева направо, сверху: prof. Tuomo KARILA (FIN), prof. Hans-Hermann DICKHUNT (GER), prof. Joao Paulo PEREIRA DE ALMEIDA (POR), prof. Andre DEBRUYNE (BEL), prof. Emin ERGEN (TUR), prof. Joseph CUMMISKEY (IRL); внизу: prof. Boris POLYAEV (RUS), prof. Fabio PIGOZZI (ITA) – Chairman, prof. Norbert BACHL (AUT) – Secretary

Впервые!

29 марта 2004 г. в г. Москве впервые в России прошло заседание Комиссии по науке и медицине Европейского Олимпийского Комитета (ЕОК). В ходе работы комиссии обсуждались вопросы о сотрудничестве с Международным Олимпийским Комитетом (МОК) в области проведения национальных образовательных курсов, об обучающих программах для молодых спортивных врачей, вопросы сотрудничества с Всемирным антидопинговым агентством (WADA), определены стратегические направления развития спортивной медицины в Европейском комитете.

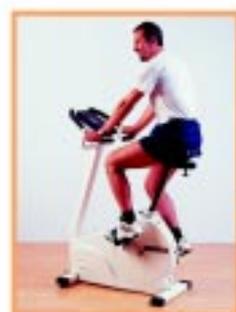
Проведение заседания комиссии в Москве явилось признанием достижений Российской спортивной науки и спортивной медицины. Подтверждением этого явилось принятие Российской Ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов (РАСМИРБИ) в Европейскую Федерацию Ассоциаций спортивной медицины (EFSMA) и Международную федерацию спортивной медицины (FIMS), а также предоставление права проведения сертификационных курсов МОК по спортивной медицине в России в 2004 г.

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 мониторингования 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