



75

лет



**ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА,
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ:
ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ПРАКТИКА**

Сборник статей Международной
научно-практической конференции, посвященной
75 - летию Победы в Великой Отечественной войне



**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»**

Кафедра интегративной и восстановительной медицины

**Сборник статей
Международной научно-практической конференции,
посвященной 75 - летию Победы в Великой Отечественной войне**

**ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА,
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ:
ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ПРАКТИКА**

Донецк
09 сентября 2020

УДК 615.82/.83:378(06)
ББК 53.54
И73

И73 Интегративная медицина, реабилитационные технологии: образование, наука и практика: Сборник статей, посвященный 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. – Донецк: ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, 2020 г. – 333 с.

В сборник включены статьи специалистов медицинского и немедицинского профилей, посвященные вопросам профилактики, лечения и реабилитации с использованием подходов и методов интегративной медицины.

Материалы, обобщенные в сборнике, могут представлять интерес для врачей, психологов, педагогов и других специалистов, чья профессиональная деятельность связана с реабилитационным процессом.

Под общей редакцией
д.м.н., профессора Т.В. Кулемзиной

Редакционная коллегия: к.м.н., доц. С.В. Красножон
к.м.н, асс. Н.В. Криволап

Ответственный секретарь: асс. В.Е. Папков

Статьи опубликованы с сохранением орфографии и стиля изложения. Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов. Редакция не несет ответственности за содержание материалов. При использовании материалов издания ссылка на сборник обязательна.

© ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, 2020
© Авторы статей, 2020



Здоровье – это вопрос номер один.
Если у вас слабое здоровье,
что толку говорить о хорошей работе,
хорошей защите прав, хорошем образовании!

Сара Макклendon

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В 2020-м году исполняется 75 лет Победы в Великой Отечественной войне. Многие мероприятия в разных сферах деятельности посвящены этой знаменательной дате. Международная научно-практической конференция «Интегративная медицина, реабилитационные технологии: образование, наука и практика» в их числе.

Настоящий сборник научных трудов издается по итогам конференции и посвящен обобщению практического опыта специалистов медицинского и немедицинского профилей, использующих в практической деятельности интегративный подход (в основе которого лежит представление о человеческом организме как едином целом) с профилактической, лечебной и реабилитационной целями.

Интегративная медицина для диагностики, лечения и профилактики заболеваний эффективно сочетает методы современной академической западной и традиционной восточной медицины.

В связи с интенсивным, в настоящее время, развитием реабилитационного направления, обозначенного в виде специальности «Физическая и реабилитационная медицина», методы интегративной медицины становятся все более востребованы, поскольку длительная история существования свидетельствует об их определенной эффективности.

Таким образом, интегративная медицина занимает определенное место в системе медицинской реабилитации пациентов с нарушениями функций, структур и ограничением жизнедеятельности вследствие социально значимых заболеваний и состояний на различных этапах оказания медицинской помощи.

Все части тела должны находиться во взаимном согласии. Это позволяет выполнять то или иное действие (Гален).

***С глубоким уважением и признательностью
за проявленный интерес и сотрудничество***

*Заведующая кафедрой интегративной и восстановительной медицины,
доктор медицинских наук, профессор, академик Европейской Академии
Естественных наук (Германия), академик Российской Академии Медико-
технических наук РФ*

Татьяна Владимировна Кулемзина



СОДЕРЖАНИЕ	Стр.
<i>Агаркова А.А.</i> ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ (ИЗ ИСТОРИИ САНАТОРИЯ «ЖЕМЧУЖИНА РОССИИ»)	12
<i>Агаркова А.А.</i> НЕКОТОРЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЭТИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА-РЕАБИЛИТОЛОГА	18
<i>Афанасьева Т.Ю., Калюжин В.Г.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ	24
<i>Бажутина С.Б.</i> НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГАРМОНИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА	30
<i>Бармакова А.А.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ	36
<i>Белова А.Н., Израелян Ю.А., Сушин В.О., Резенова А.М., Шабанова М.А.</i> ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ФОТОБИОМОДУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	42
<i>Бобык О.А., Рачкаускас Г.С., Соболева Е.Н., Радионова С.И., Кондуфор О.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ КИНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	47
<i>Бондарь Р.Б., Рачкаускас Г.С., Кондуфор О.В., Бобык О.А., Радионова С.И.</i> АНАЛИЗ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СПЕКТРА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	51
<i>Бубликова А.М., Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Сохина В.С., Максименко О.Л.</i> ПОСТУРАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	55



<i>Винник Н.Н., Дмитриенко Н.А., Филатов А.В., Паначев В.Д., Истомин С.П.</i> РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИКЛАДНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ	61
<i>Винник Н.Н., Дмитриенко Н.А., Филатов А.В., Паначев В.Д., Истомин С.П.</i> РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТРАДИЦИИ В ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ	65
<i>Волкова Е.С., Литвинова М.П., Усенкова О.Н.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОДРОСТКОВ С НЕВРИТОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА	70
<i>Воробьев С.В., Дубов А.М., Егоров А.В., Коновалова А.В.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ТРЕНЕРА	77
<i>Данилова Е.М., Титиевский С.В.</i> ПОДРОСТКОВАЯ ГЕТЕРОАГРЕССИВНОСТЬ (ОБЗОР ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ)	84
<i>Иванова И.П.</i> К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ	90
<i>Кириченко Л.А., Попова Т.Н., Сафонова О.А., Светашова А.М., Андриенко Е.А.</i> АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В МИОКАРДЕ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ДЕЙСТВИИ МИЛДРОНАТА И СУКЦИНАТА ХИТОЗАНА	96
<i>Колесников Д.А., Кондуфор О.В., Борщ Д.В.</i> ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	100
<i>Конаш О.В.</i> ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ: ЕДИНСТВО АФФЕКТА И ИНТЕЛЛЕКТА. ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	104
<i>Кондуфор О.В., Рачкаускас Г.С., Колесников Д.В., Бобык О.А., Радионова С.И.</i> ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИИ У ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ НА	110



РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ	
<i>Коновалова И.Э., Квашинин А.В.</i> ИЗМЕНЕНИЯ СИЛОВОЙ ВЫНОСЛИВОСТИ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА ПРИ ОПУЩЕНИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН 50-55 ЛЕТ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ЛФК НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	116
<i>Косарев Ф.И.</i> МЕТОДИКИ И УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	120
<i>Котова И.С., Победенная Г.П.</i> ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БРОНХОМУНАЛА В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	124
<i>Коценко Ю.И., Стафинова Е.А., Бубликова А.М.</i> ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	128
<i>Красножен В.В.</i> К ВОПРОСУ О ПРЕВЕНТИВНОМ ПОДХОДЕ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ	135
<i>Красножон С.В.</i> ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ	141
<i>Криволап Н.В.</i> АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ	146
<i>Кудрявский С.И., Шакула А.В., Комарова Т.А.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАНТОЛЕЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	151
<i>Кулемзина Т.В.</i> К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕГРАТИВНОМ ПОДХОДЕ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ВРАЧЕЙ	156



<i>Кулишова Т.В., Табашишникова Н.А.</i> ПАНТОЛЕЧЕНИЕ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ	162
<i>Лещинский П.Т., Победенный А.А.</i> СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	168
<i>Липатникова А.С., Зайченко В.Ю., Колтунова А.М.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	172
<i>Лисовская Т.В., Романенко Е.В., Колтунова А.М.</i> РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГИНЕКОЛОГИИ: БИОАКТИВАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ	176
<i>Литвинцев С.В., Кислякова Ю.В.</i> ПРОБЛЕМА КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СИНДРОМА ДЕМЕНЦИИ	180
<i>Лобанов Г.В., Боровой И.С.</i> РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ТАЗА ТИПА В, ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ	186
<i>Люгайло С.С.</i> ОБОСНОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ИНТЕГРАЦИИ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОЦЕСС ПОДГОТОВКИ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛИЗАЦИЙ	191
<i>Люгайло С.С., Григоращук И.А., Дунец Д.С.</i> ОБОСНОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОГРАММАХ ПОДГОТОВКИ ЮНЫХ ЕДИНОБОРЦЕВ: ИЗУЧЕНИЕ НЕГАТИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ	197
<i>Малёнова А.Ю., Спиридонова И.И.</i> ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ОТДЫХУ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	202



<i>Моргун Е.И.</i> К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕГРАЦИИ ГОМЕОПАТИИ В СИСТЕМУ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ	207
<i>Нувахова М.Б.</i> ЗАДАЧИ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	213
<i>Нувахова М.Б.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРАТИВНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ БОЛИ В СПИНЕ	218
<i>Нувахова М.Б.</i> ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ	223
<i>Оськин Д.Н., Крестьянинова О.А.</i> ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ КАК НОРМА РЕГУЛИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	228
<i>Паньков О.А., Матвиенко В.В., Фролков В.К., Жернов В.А., Зубаркина М.М.</i> ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА	231
<i>Папков В.Е.</i> АНТРОПОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ	236
<i>Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В., Застрожин М.С., Бузик О.Ж.</i> ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ	240
<i>Прихода И.В., Неживова Е.Г., Петровская Т.В., Юрченко А.Г.</i> ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВСТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ	247
<i>Провоторова Н.В.</i> ПРОБЛЕМА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	252



<i>Ревуцкая И.В., Хвасько Н.С.</i> НЕГАТИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	258
<i>Репневская М.С.</i> ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТУДЕНТОВ ДОННТУ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	263
<i>Скаковец И.С., Филатов А.В., Зеленин Л.А., Паначев В.Д., Оплетин А.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЫЖНОГО СПОРТА ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	268
<i>Скаковец И.С., Филатов А.В., Зеленин Л.А., Паначев В.Д., Оплетин А.А.</i> ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ	272
<i>Сухоленцева Е.Н.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ АРТПЕДАГОГИКИ В СИСТЕМЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ГРУППЫ РИСКА В ОБЩЕСТВЕННОМ ОБЪЕДИНЕНИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА	278
<i>Схаплок Р.Ю., Шлее И.П.</i> К ВОПРОСУ ОБ ПОДДЕРЖАНИИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	282
<i>Сыркин Л.Д., Рышнина Ю.В.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СПОРТА ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ (НА ПРИМЕРЕ КОМАНДЫ ЛУЧНИКОВ)	286
<i>Тиханович Ж.В., Калюжин В.Г., Автухович Н.С.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОСАНКИ ДЕТЕЙ	291
<i>Федорук К.Р.</i> САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА КАК ВАЖНЫЙ АСПЕКТ ФОРМИРОВАНИЯ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА ПО ПРЕДМЕТУ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»	295



<i>Фролков В.К., Жернов В.А., Зубаркина М.М.</i> ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ	300
<i>Хомич Г.Е.</i> ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНОЙ ВОЛНЫ СЛУХОВЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ВНИМАНИЯ	305
<i>Шакула А.В.</i> СРЕДСТВА И МЕТОДЫ СОХРАНЕНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛЕТНОГО СОСТАВА	310
<i>Шакула А.В., Иванова И.И.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	314
<i>Шуверов А.П.</i> ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID – 19	319
<i>Шульгина Е.С.</i> ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID -19	324
<i>Яковчук Е.Д., Пенина Г.О.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕВЕРЯН С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА II-Й СТАДИИ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КОМИ	328



УДК 37.01:615.834-053.2

**ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО
ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
(ИЗ ИСТОРИИ САНАТОРИЯ «ЖЕМЧУЖИНА РОССИИ»)**

Агаркова А.А.

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки»

Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии
г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. Restitutio ad integrum, восстановление здоровья, возобновление нормального функционирования органов и систем организма предполагает, в числе прочих, необходимых методик, а также применения санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации [2,6].

Причем, учитывая особый характер медицинской реабилитации, возможность ее осуществления только в тесном сотрудничестве с пациентом. Кроме того, особое внимание необходимо уделять методам и методикам педагогики и андрогогики (педагогики взрослых).

Проблема педагогического сопровождения процесса лечения и реабилитации детей еще со времен СССР имеет достаточно интересную историю. Многие открытия и находки в педагогике совершались опытным путем, в том числе, и в процессе работы, например, санатория «Жемчужина России». За период 90-ых годов многое в педагогике санаторно-курортного лечения было утрачено из-за изменений, происходящих в общественном сознании.

В настоящее время самосознание социума вновь трансформируется, возвращается к общечеловеческим ценностям, отказывается от доминирования западного стандарта культуры. Поэтому, обращение к опыту педагогической работы предшествующих эпох оказывается востребованным. Переосмысление методик педагогики прошлых лет позволяет совершенствовать методики и технологии современной педагогики, выбрать не только наиболее эффективные в образовательном плане, но и позволяющие достичь самой главной цели педагогики – формирования человека.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ педагогических методик, применявшихся в период с 1975-го по 1990-е годы в санатории «Жемчужина России». Обращение к истории может способствовать совершенствованию современной системы педагогического сопровождения санаторно-курортной реабилитации детей.

Материал и методы. Некоторые методики педагогов, которые создавали систему работы по воспитанию и образованию детей в санатории «Жемчужина России», скоординированную с лечением и реабилитацией. Среди рассмотренных методик укажем на формирование психотерапевтической



службы, применявшей методы развития эмпатии, аутотренинга, психологического анализа, пробуждения веры в выздоровление. В комплексе эта работа способствовала развитию отечественной педагогической психотерапии. Использование не только фитотерапии в лечении и реабилитации, в частности, легочных заболеваний, но и архитектоники зеленых насаждений в работе психотерапевтов, опора на работу с растениями в воспитании. Методики эстетического, нравственного, трудового (в формате труд-забота и с овеществленными реальными результатами труда), гражданского воспитания.

Результаты и их обсуждение. Сайт санатория «Жемчужина России» содержит сухие факты, рассказывающие о создании этого санатория. Так, «история начинается в 1966-ом году, когда началось строительство комплекса пионерских лагерей «Жемчужина России». В 1975-ом году лагерь принял своих первых гостей – с Камчатки, Дальнего Востока, Сибири, Урала, Средней Азии, Прибалтики, Поволжья и Закавказья. На территории появились спортивный комплекс «Антей» и уникальный дендропарк (более 4000 деревьев, 1000 кустарников и кустов роз, 50000 цветов). В 1976-ом году начали работу первый детский кабинет функциональной диагностики и дерматологическое отделение на 240 мест. Основным показанием к лечению в комплексе «Жемчужина России» стала легочная патология. В 1977-ом году в отдельных корпусах стали лечить определенные заболевания: болезни органов дыхания, ревматизм, болезни опорно-двигательного аппарата, дерматологические патологии. В 1986-ом году на территории комплекса была построена школа на 1000 учащихся [4].

Закладка лагеря, выбор местоположения, отбор растений для дендропарка были обусловлены не только лечебными качествами таковых. Так, при выборе растений для зеленых насаждений, отбирались растения, выделяющие фитонциды, исключались те, которые могли вызывать аллергические реакции; отбор растений и насаждение сосновых лесов, в том числе, были обусловлены и аэроионизацией хвойных лесов. Любопытно, что посадки хвойных лесов осуществлялись не на местных соленых песчаниках, а на привезенном черноземе.

Помимо лечебных свойств растений учитывалась и архитектоника, вырабатывалась система эстетического воздействия на ребенка. Причем, особенно существенно то, что эстетическое влияние не являлось самоцелью, а было предназначено для поддержки воспитательного воздействия. Так, чередование пирамидальных и округлых крон создавало определенный ритм, а устремленные вверх остроконечные кроны создавали возвышенное, приподнятое, бодрое настроение.

Воспитатель В.Д. Зяблов первым обратил внимание на то, что дети при прогулке делились на две группы: одни предпочитали пирамидальные, высокие кроны, другие – деревья с обвисло-плакучими кронами, ивы и платаны. Дети выбирали разные деревья в разные эмоциональные периоды. Воспитатели и врачи использовали эмоциональное воздействие растений при поддержке режима дня (например, на море дети шли по дороге с пирамидальными



тополями, а возвращались на обед и тихий час по дороге с платанами). Работа психологов проводилась в кабинетах с большим количеством растений, или в парке, в тех уголках, которые успокаивающе воздействовали на детей.

Воздействие растений на психоэмоциональную сферу было активно использовано в воспитательной работе: широко применялись приемы трудового воспитания, системы переключения внимания, коллективные методы, которые изменяли восприятие ребенка и переключали внимание больного ребенка с себя, исключительно, на внимание к другим. Психологи указывали, в беседах с детьми, в их письмах и сочинениях, отмечались моменты, когда ребенок переставал воспринимать себя как исключительно больного, страдающего, и переключал внимание на отношение к нему родных и друзей. Ребенок включался в активную жизнь.

Так, например, уход за садом, парком, розарием, за растениями в корпусах, поддержание порядка и чистоты в своих корпусах, шефство над детским садом (для подростков) и другие обыденные дела воспитывали в детях ответственность, переводили их из положения страдающего больного объекта для воздействия в положение активного, заботящегося человека.

Работа психологов и воспитателей помогала во многом наладить и семейные отношения. После курса лечения в санатории родители замечали благоприятные изменения в характере ребенка, у детей развивались волевая, эмоциональная сферы личности, они оценивали отношение к себе и свое отношение к родным; эгоцентризм и эгоизм больного избалованного ребенка и подростка во многом были преодолены.

Врач В.В. Сотник организовал психотерапевтическую службу, применяя методы развития эмпатии, аутотренинга, психологического анализа [1,3]. Детям предлагались нравственные, эмоциональные, психологические, социальные, и, разумеется, физические ориентиры. Психосоматическое воздействие, в комплексе с лечебными процедурами, позволяло как повысить качество жизни больного, так и преодолеть болезнь.

Работа врачей, психологов, воспитателей, пионервожатых была направлена на формирование у ребенка веры в выздоровление, укрепление духа, выработку силы воли, которая помогала работать над преодолением болезни, меняла позицию ребенка на активную с пассивной в лечении. Кроме того, в комплексе педагогическое и психологическое сопровождение в санаторно-курортном лечении было нацелено на формирование у ребенка самосознания, критичности в самооценке себя и своих поступков.

Одним из наиболее ярко представленных в санатории педагогических методик была методика трудового воспитания, которая, учитывая особенности среды, трактовалась педагогами как труд-забота. Коллективные методы позволяли также использовать эту методику еще и с целью социализации детей, включения их в социум на правах равного, формирование общественно активной позиции. Среди перечня дел упоминают и шефство над детским садом (изготовление игрушек, общение с детьми), помощь взрослым в совхозах (уборка



урожая, особенно ягод и фруктов), озеленение парков и улиц, забота о памятниках и памятных знаках. Нравственное воспитание строилось на методике приближения к событию и факту. Впоследствии, подобной методикой оказалось, например, «переживание нравственности», система В.С. Библера, др.

Трудовое воспитание строилось как полноценное и правильное воздействие, в котором ребенку предлагалось найти и выбрать дело, построить план его выполнения, распределить обязанности в коллективе, наглядно увидеть и получить результат своей деятельности, т.е. преодолеть одну из основных проблем практической системы трудового воспитания – отсутствие реального и определенного, вещественного результата труда.

Интересно, что, например, трудовое воспитание в системе В.А. Сухомлинского, отличающееся действительно впечатляющими результатами, предполагало вещественный результат труда ребенка. Ребенок видел реальные плоды своего труда, что обуславливало и эмоциональное, нравственное воспитание. Во многом, возможно, оторванность от реальности трудового воспитания и приводило к неудачам в его практическом воплощении. Сознание в детском и подростковом возрасте требует практического, овеществленного результата, с трудом принимая результаты виртуальные, и использование методики трудового воспитания, учитывая возрастные и личностные особенности детей, весьма продуктивно и сегодня.

Любой труд, инструментированный как забота о других, о младших, о лагере (для младшего возраста труд в игровой форме), но все же нацеленный на заботу о другом, а не о себе, дети воспринимали с большим энтузиазмом, что, в числе прочего, предотвращало так называемый уход в болезнь.

Особое внимание уделялось подбору персонала. Так, среди требований к врачам и педагогам А.А. Дубровский называет «особую любовь, чуткость, бережность, внимательность к ребенку, терпимость и терпеливость, веселый нрав, душевную щедрость, оптимизм... твердость и требовательность, доверие к ребенку, тактичную помощь в развитии его самостоятельности и самосознания и переключение его неумной энергии на добрые дела» [1].

Врач должен был думать о том, чтобы пребывание в санатории и лечение стало и средством воспитания, а учитель, воспитатель и пионерский вожатый – как воспитывать и учить так, чтобы это педагогическое воздействие способствовало лечению и выздоровлению.

Разработанный современными исследователями (Е.Н. Рябчикова, И.В. Рябчиков и др.) комплекс методик реабилитации во многом продолжает и развивает упомянутую систему: опросник; беседа (консультирование); педагогическая психотерапия; рациональная психотерапия; тренинг «Адаптивная методика. Универсальные технологии»; самовнушение; самоконтроль и самооценка; методы арт-терапии: изотворчество или изотворение, имаготерапия, мелотерапия, библиотерапия [5].

Выводы. Хотелось бы привести суждение А.А. Дубровского, которое, разумеется, принадлежит педагогу, а не врачу. Но педагогу часто приходится



выступать как реабилитологу души. Поэтому, а также учитывая успешный опыт работы педагогов и врачей именно с данным кредо, позволим себя использовать это мнение и как вывод в нашем кратком экскурсе в историю курортно-санаторного лечения и воспитания в санатории «Жемчужина России».

«Нередко причиной болезни и болезнеподобного состояния являются незрелость души, безделье, скука, праздность, черствость и бездушие, грубость и взаимонепонимание, холодность и безразличие, ограниченность и агрессивность. Поэтому, мы и видим основную свою задачу в том, чтобы уважением и доверием к ребенку помогло ему научиться стать человеком и жить среди людей. Понимание, великодушие, милосердие, терпимость и вера в ребенка – вот наши главные лекарства. И еще полнокровная, радостная, яркая, наполненная трудом, общением и заботой о других жизнь» [1].

А нам стоит обращаться к истории, чтобы найти там полезный опыт. Оценив результаты и переосмыслив достижения и недостатки прошлых систем, мы сможем избежать ошибок сегодня. Не стоит только отказываться от того, что может быть усовершенствовано и способно принести достойные плоды при правильном применении.

Сегодня детская здравница «Жемчужина России» сохраняет и развивает традицию бережного, чуткого отношения к ребенку, заботы о здоровье физическом и духовном. История этого лагеря заново началась в 2003-м году, когда начали оборудовать и восстанавливать пляжи и корпуса, школу и педагогическую систему, совершенствовать программы лечения и оздоровления, обновлять медицинское оборудование. За последние годы комплекс «Жемчужина России» вернулся к системе круглогодичной работы, неоднократно занимал призовые места в федеральных конкурсах в номинациях «Детская здравница» и в конкурсах детского и вожатского творчества. Современные педагоги применяют наработки по воспитанию эстетическому, гражданскому, расширяют возможности воспитания нравственного, дополняя его духовным (с 2004-го года работает Духовно-просветительский центр). Возможно, перспективным было бы более широкое внедрение опыта трудового воспитания, однако этот вопрос актуален для всей современной педагогики.

На лечение и оздоровление принимают детей с патологиями кожи; мочеполовой системы; нервной системы; органов дыхания; опорно-двигательной системы; органов пищеварения; иммунитета; детей с вегетососудистой дистонией [4]. Врачи предлагают такие процедуры как: климатотерапию; хождение босиком по песку; минеральные воды; фитотерапию; бассейн; лечебную физкультура; аппаратную физиотерапию; массаж (ручной, механический, гидромассаж); кислородный коктейль; бальнеолечение (хвойные, йодо-бромные, травяные, ароматизированные, солевые, жемчужные и другие ванны по назначениям врача); ингаляций (для групповых и индивидуальных ингаляций солевых, с лечебными травами, минеральной водой); диетотерапию; магнитотерапию; квантовую терапию; дарсонвализацию; гальванизацию;



лекарственный электрофорез; механотерапию (свинг-машины, механокровать) [4].

Список литературы:

1. Дубровский А.А. «Жемчужина России». // Педагогический поиск / Сост. Баженова Н.И. – М., Педагогика. – 1987. – 544 с.
2. Мамаева М.А. Роль общественной организации специалистов в развитии системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации пациентов // Актуальные вопросы медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры. Материалы III научно-практической конференции с международным участием. – РИЦ ПСПб, ГМУ. – 2017. URL: https://www.1spbgmu.ru/images/home/universitet/press-tsentr/News/2017/21-23.11_rehab/.pdf (Дата обращения: 16.12.2020)
3. Методика организации психокоррекционных мероприятий в процессе медицинской реабилитации и восстановительного лечения. Методические рекомендации / Составители: А.А. Кукшина, А.В. Котельникова, Е.А. Турова, М.А. Рассулова. – ГАУЗ г. Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы». – М., 2017. – 19 с.
4. Сайт санатория «Жемчужина России» URL: <https://gemrussia.ru/history> (Дата обращения: 19.12.2020)
5. Рябчикова Е.Н., Рябчиков И.В., Панков И.О., Айдаров В.И. Методы психологического сопровождения реабилитации пациентов после оперативного лечения переломов крупных суставов нижних конечностей // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 2. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=5660> (Дата обращения: 18.12.2020).
6. Смычѣк В.Б. Медицинская реабилитация: история становления, современное состояние, перспективы развития // Физическая и реабилитационная медицина. – 2020. – Т. 2. – № 2. – С. 7 – 17.



УДК 37.032:61-057.875:614.253

НЕКОТОРЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЭТИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА-РЕАБИЛИТОЛОГА

Агаркова А.А.

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки»

Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии
г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. Реабилитация является одной из составляющих восстановления полноценной жизнедеятельности человека после болезни. При тяжелом уроне здоровью восстановительное лечение используется для компенсации вреда и достижения максимально возможной степени восстановления здоровья, возвращения человека к социальной активности и самостоятельности, к активной жизни и общественно полезному труду [6].

Сегодня еще одним дополнительным фактором, который приводит к причинению вреда здоровью, в нашем регионе является военный конфликт. Среди пострадавших от его последствий следует упоминать не только военных и гражданских, получивших физические ранения и травмы, но и психические и психологические травмы детей и взрослых, обострения и возникновение заболеваний, обусловленные социальными факторами.

Поэтому, сегодня особый интерес вызывает проблема реабилитации. Широкое распространение ситуаций, требующих восстановительного лечения приводит к тому, что реабилитация становится предметом интереса не только профильных специалистов, но и более широкого круга врачей.

Таким образом, в медицинском образовании возникает проблема формирования готовности врача к осуществлению реабилитационной деятельности. Такая деятельность требует формирования определенных профессиональных компетенций и развития отдельных сфер личности.

Цель исследования. Рассмотреть структуру профессионально-этической культуры личности будущего врача, определить те ее сферы, которые приобретают особое значение для успешной работы в реабилитологии.

Материал и методы. Структура профессиональной культуры личности современного врача в педагогике; методы и методики: психологические, коммуникативные и педагогические, которые применяются в восстановительной медицине; анализ тех сфер личности врача, которые особо значимы для реабилитологии и требуют пристального внимания в процессе формирования профессиональной и профессионально-этической личности современного врача.

Результаты и их обсуждение. В педагогике существуют разные подходы к пониманию структуры профессиональной культуры. Некоторые исследователи ограничивают профессиональную культуру исключительно профессиональными знаниями, умениями, навыками. Более прогрессивным и



многообещающим считается подход, в котором в структуре профессиональной культуры выделяют две равнозначные стороны: праксиологическую (профессиональные знания, умения, навыки, профессиональное самосознание, мировоззрение) и духовную, элементами которой выступают профессиональная мораль и этика (И. Модель).

Полагаем, что все компоненты профессиональной культуры (профессионально-знаниевый, профессионально-технологический или деятельностный, профессионально-психологический, профессионально-коммуникативный, профессионально-этичный) взаимосвязаны и взаимообусловлены, а ключевое место в структуре профессиональной культуры отводим нравственному компоненту, который определяет и отбирает первоначальные потребности, мотивы деятельности и цель. Таким образом, профессиональную культуру врача стоит определять, как именно профессионально-этическую культуру, в которой этика и нравственность личности обуславливает ее деятельность, мотивы, цели и задачи таковой. Нравственная сфера личности, таким образом, идентифицируется как структурно высшее образование, регулирует всю деятельность индивида и определяет такую иерархию компонентов профессионально-этической культуры: интеллектуально-когнитивный, аксиологический, психолого-рефлексивный, коммуникативно-деятельностный.

Какие же компоненты профессионально-этической культуры особенно актуальны для врача-реабилитолога?

Обратимся к государственной программе дополнительного образования по подготовке врачей реабилитационной медицины и выделим те профессиональные компетенции, которые подлежат совершенствованию. Среди таковых представлены универсальные, общепрофессиональные, профессиональные, обеспечиваемые всеми компонентами профессионально-этической культуры. Однако, среди общепрофессиональных есть ряд компетенций, базирующихся на аксиологическом, психолого-рефлексивном и коммуникативном компонентах профессионально-этической культуры.

Выделим:

– способность к логическому и аргументированному анализу, к ведению дискуссии, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности при общении с коллегами, пациентами и их родственниками (УК–2);

в психолого-педагогической деятельности:

– способность и готовность формировать у пациентов и членов их семей мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ОПК– 3) [1].

Безусловно, профессионально-этическая культура – это органическое единство, которое разделяется на компоненты только с целью научного анализа и осмысления, определения методов и методик совершенствования



педагогического процесса. Выделим в работах исследователей те компетенции, которые базируются на указанных компонентах профессионально-этической культуры.

Обратим внимание на трактовку физической реабилитации как лечебно-педагогического процесса, успешность которого, в первую очередь, зависит от того, насколько специалист владеет методиками и педагогическими знаниями. Именно наличие обучения и воспитания, осуществление физической реабилитации посредством разных видов деятельности, обучение этой деятельности и психолого-педагогическое взаимодействие обуславливает значимость компетенций врача в психолого-педагогической деятельности [9].

На всех стадиях и уровнях реабилитации осуществляется психологическое сопровождение пациента, в зависимости от конкретного случая с привлечением психолога или психотерапевта. К психологическим последствиям болезни исследователи относят «потерю ощущения собственной независимости и неуязвимости, утрату человеческого достоинства, контроля над ситуацией, эмоционального равновесия, высокий риск развития депрессии и суицида, связанный с отчаянием, чувствами стыда, вины и безнадежности» [3]. Для оценки тяжести психологического состояния пациента используют специальное тестирование, однако, главным все же остается наблюдение за пациентом в процессе общения.

Широко применяется метод педагогической психотерапии, реализующий принцип «исцеления через осознание» – пациента часто надо не только лечить, но еще учить и воспитывать. «Метод педагогической психотерапии может успешно применяться в лечебном учреждении любого профиля врачом-клиницистом, поскольку решает следующие задачи: избавление пациентов от неведения и ошибок в суждениях; коррекции большого масштаба переживаний; снижения чувства тревоги и страха; обоснование и внушение оптимистической лечебной перспективы; повышение социальной активности пациента» [7].

Реабилитационная медицина не ограничивается собственно лечебными методами и методиками, она объединяет усилия профилактической, лечебно-восстановительной медицины с деятельностью органов социального обеспечения [4].

Именно системный подход к реабилитации считается сегодня не только общепринятым, но и наиболее перспективным. Некоторые авторы указывают, что, к сожалению, на практике нередко используются лишь отдельные методы реабилитации, которые тоже позволяют достичь определенных положительных результатов, но эффективность такого подхода недостаточна. Он же указывает, что «включение в программу реабилитации любой важной составляющей (клинической, психологической, физической, социально-трудовой и др.), помимо своего прямого действия, опосредованно повышает эффективность других составляющих, такого рода синергия приводит к значительному повышению эффективности программы реабилитации в целом» [2].



По-прежнему перспективна и весьма эффективна профессиональная реабилитация. Осознание человеком собственной значимости, нужности, самостоятельности, нахождение достойного места в социуме, формирование и расширение социальных контактов и связей – все это значимые результаты профессиональной реабилитации [8].

Исследователи считают обязательным и неременным условием дальнейшего совершенствования системы здравоохранения разработку и внедрение новых методов диагностики, лечения и реабилитации; называют целью работы системы – достижение максимально возможного качества жизни. Перспективные направления научных исследований проблем реабилитации, как неременного компонента системы здравоохранения, лежат в «понимании механизмов последствия болезни, глубоких знаний восстановительных способностей организма человека и психологических особенностей индивидуума» [8].

Автор видит три направления в совершенствовании системы реабилитации – совершенствовать:

- систему диагностики состояния и развития заболевания;
- разработку и внедрение современных технологий медицинской реабилитации и системы комплексной реабилитации;
- социальную защиту и государственное регулирование в сферах как трудоустройства, социальной реабилитации и адаптации, так и в обеспечении доступности реабилитации для всех в ней нуждающихся.

Особый интерес сейчас вызывает проблема профессиональных заболеваний и профессионального выгорания врачей и медицинского персонала. К сожалению, как научные работы по реабилитации медицинских работников, так и социальные программы их защиты, еще не представлены на должном уровне [5].

Выводы. Психолого-педагогическая поддержка и психологическое сопровождение позволяет личности пациента не деградировать, не погружаться в себя или, например, не уходить в болезнь. Правильно организованное и качественно проводимое сопровождение позволяет пациенту развиваться, по мере возможности достигать максимума развития, самореализации.

А правильная организация процесса реабилитации, организация психолого-педагогического взаимодействия с пациентом, которое должно привести к повышению качества его жизни путем изменения стиля, тактики и стратегии жизни, возможно, и перемены жизненных целей, требует от врача компетентности в психолого-рефлексивной, коммуникативной, аксиологической деятельности.

Определяющим компонентом профессионально-этической культуры врача, который позволит достичь такой компетентности (равно, как и интеллектуально-когнитивной и деятельностной), оказывается нравственный компонент. Именно нравственный компонент профессионально-этической культуры и, шире, нравственная сфера личности человека, определяет его



мотивы, цели, задачи, пути их достижения, оценивает и корректирует все виды деятельности человека, определяет человека как личность.

Список литературы:

1. Дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации врачей «Физическая и реабилитационная медицина» // Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ. – СПб. – 2016 – 14 с.

2. Зайцев В.П. Медико-психологическая реабилитация больных и инвалидов. // Терапевтический архив. – 2013. – №10. URL: <http://clinical-psy.ru/wp-content/uploads/Mediko-psihologicheskaya-reabilitatsiya-bolnyih-i-invalidov.pdf> (Дата обращения: 16.12.2020)

3. Методика организации психокоррекционных мероприятий в процессе медицинской реабилитации и восстановительного лечения. Методические рекомендации. Составители: А.А. Кукшина, А.В. Котельникова, Е.А. Турова, М.А. Рассулова. – Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы». – М. – 2017. – 19 с.

4. Нечаев В.С., Магомедова З.А. Медицинская реабилитация: история вопроса и дефиниции. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. – 25 (4). – С. 221 – 225. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-reabilitatsiya-istoriya-voprosa-i-definitsii> (Дата обращения: 16.12.2020)

5. Петрова Н.Г., Погосян С.Г., Миннуллин Т.И., Брацлавский В.Б. О проблеме реабилитации медицинского персонала // Актуальные вопросы медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры. Мат. III науч.-практ. конф. с междунар. уч. 21 – 22 ноября 2017. – РИЦ ПСПб, ГМУ. – 2017. URL: https://www.lspbgmu.ru/images/home/universitet/press-tsentr/News/2017/21-23.11_rehab/.pdf (Дата обращения: 16.12.2020)

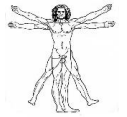
6. Пирогова Л.А. Основы медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии: учебное пособие / Л.А. Пирогова. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 212 с.

7. Рябчикова Е.Н., Рябчиков И.В., Панков И.О., Айдаров В.И. Методы психологического сопровождения реабилитации пациентов после оперативного лечения переломов крупных суставов нижних конечностей // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 2. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=5660> (Дата обращения: 18.12.2020).

8. Смышлёк В.Б. Медицинская реабилитация: история становления, современное состояние, перспективы развития // Физическая и реабилитационная медицина. – 2020. – Т. 2. – № 2. – С. 7 – 17.



**Интегративная медицина, реабилитационные технологии:
образование, наука и практика**



9. Терентьев Ф.В., Потапчук А.А. Педагогические технологии в процессе физической реабилитации детей с онкопатологией. // Актуальные вопросы медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры. Материалы III научно-практической конференции с международным участием 21 – 22 ноября 2017. – РИЦ ПСПб, ГМУ. – 2017. – С. 86 – 92. URL: https://www.1spbgmu.ru/images/home/universitet/press-tsentr/News/2017/21-23.11_rehab/.pdf
(Дата обращения: 16.12.2020)



УДК: 376.016:796 - 053.5

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Афанасьева Т.Ю., Калюжин В.Г.

Белорусский государственный университет физической культуры
Кафедра лечебной физической культуры и физической культуры дошкольников
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность темы. Формирование двигательной функции человека происходит с рождения и совершенствуется на протяжении длительного периода. Нейросенсорная тугоухость значительно препятствует полноценному физическому развитию ребенка (т.к. в школьном возрасте закладывается основной объем естественных двигательных навыков), снижает способность ребенка к развитию координационных способностей, ориентации в пространстве, равновесию, тормозит умственное развитие, развитие ребенка как личности, морально-волевые и поведенческие качества. По причине дезориентации в пространстве ребенок замедленно реагирует на происходящее действие, что, в свою очередь, сдерживает развитие координационных способностей [3].

Нейросенсорная тугоухость формирует у ребенка замкнутость, ограничение в общении со здоровыми детьми, нарушение восприятия целостного мира и понимания значения собственного места в социуме [2].

Дети с нейросенсорной тугоухостью полностью полагаются на визуальное восприятие, осязание, и не осознают роли слухового восприятия, что является причиной низкого уровня развития речи, интеллекта ребенка.

Большое место среди физических упражнений в этот период занимают те из них, которые способствуют выработке умения правильно, в соответствии с заданием, перемещать тело в пространстве, точно воспроизводить заданные траектории, направление, скорость и темп движений. Это особенно важно для детей с нейросенсорной тугоухостью, а также для тех, у кого страдают координационные способности [1].

Недостаток методических материалов вынуждает специалистов в области адаптивного физического воспитания модифицировать программы, используемые упражнения, программы для здоровых детей или разрабатывать собственные.

Цель исследования. Определить особенности развития координационных способностей у лиц с нейросенсорной тугоухостью.

Практическая значимость результатов исследования состоит в возможности эффективно использовать коррекционно-развивающих программы по развитию координационных способностей у детей с нейросенсорной тугоухостью.



Материал и методы. Развитие координационных способностей проводилось в трёх направлениях: ориентации в пространстве, статическое равновесие, динамическое равновесие. Уровень развития координационных способностей у взятых нами под наблюдение детей с нейросенсорной тугоухостью определялся по следующим тестам:

ТЕСТЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ

Тест «Проход по линии»

Оборудование: малярная лента шириной 5 см. белого цвета; секундомер.

Методика выполнения: малярная лента наклеена на полу, ее расстояние – 4 метра. Ребенок смотрит на ленту, закрывает глаза, руки располагает перед собой, идет 5 шагов вперед, после чего возвращается обратно спиной, пятью шагами.

Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест Ходьба по букве «П»

Оборудование: малярная лента шириной 5 см. белого цвета; секундомер.

Методика выполнения: на полу малярной лентой, белого цвета наклеиваются линии длиной 3 метра в горизонтальном направлении, а вертикальном направлении 1 линии длиной 2 метра. Все линии соединены между собой образуя букву «П». Ребенок проходит по размеченной линии, в конце разворачивается и так же возвращается по линии обратно.

Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Броски спиной снизу»

Оборудование: шириной малярная лента 5 см. белого цвета; мячи 10 штук, секундомер, мел белого цвета.

Методика выполнения: от стены на расстоянии 3-х метров параллельно стене прикрепляется малярная лента длиной 40 см. На стене на высоте 100 см от пола рисуется круг диаметром 50 см. Ребенок становится спиной к стене на линии, которая отмечена малярной лентой, ноги установлены шире плеч, после чего ребенок берет мяч наклоняется и между ногами бросает мяч, стараясь попасть в отмеченный на стене круг.

Оценка теста: фиксируется количество попаданий.

Тест «Ходьба по гимнастической скамье»

Оборудование: гимнастическая скамья, секундомер.

Методика выполнения: гимнастическая скамейка устанавливается таким образом, чтобы планка шириной 8 см была повернута кверху. Ребенок проходит по скамье прямо, обратно возвращается левым приставным, затем проходит правым приставным и возвращается в исходную точку, идя спиной.

Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.



ТЕСТЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОРИЕНТАЦИИ В ПРОСТРАНСТВЕ

Тест «Броски вокруг ведра»

Оборудование: секундомер, мячи для пинг-понга 10 штук, ведро, мел.

Методика выполнения: на полу нарисован круг белым мелом, диаметр которого составляет 2 метра, в середине круга устанавливается ведро. Ребёнок, идя по часовой стрелке, бросает 5 мячей в ведро на расстоянии 1-го метра и затем идет в противоположную сторону, бросая остальные 5 мячей.

Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Препятствие»

Оборудование: 4 пластиковых обруча, секундомер.

Методика выполнения: обручи расположены попарно на расстоянии 2-х метров друг от друга, образуя квадрат. Ребенок проползает на четвереньках поочередно через каждый обруч и таким же образом возвращается обратно.

Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Подбросы мяча в ходьбе»

Оборудование: гимнастическая скамья, секундомер, мяч.

Методика выполнения: гимнастическая скамейка устанавливается таким образом, чтобы планка шириной 8 см была повернута кверху. У ребенка в руках мяч, в момент прохождения скамьи ему необходимо подбросить мяч перед собой, сделать хлопок в ладоши, поймать мяч, продвигаясь по скамье вперед, повторить 5 раз.

Оценка теста: фиксируется время выполнения упражнения.

Тест «Челночный бег»

Оборудование: секундомер, мячи 2 штуки, малярная лента белого цвета.

Методика выполнения: на полу малярной лентой белого цвета отмечается линия старта и финиша, от нее замеряется 8 метров и фиксируется вторая линия в горизонтальном положении, на которую устанавливаем два мячика. Ребенок должен пробежать от старта к линии, где находятся мячи, взять один, вернуться обратно, положить мяч за отметку линии, вернуться за вторым мячом и как можно быстрее преодолеть линию финиша.

Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

ТЕСТЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СТАТИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ

Проба Ромберга усложненная

Оборудование: секундомер.

Методика выполнения: ребенок становится таким образом, чтобы стопы были на одной линии, но пятка одной ступни касается носка другой, глаза закрыты, руки разведены в стороны.

Оценка теста: фиксируется время сохранения позы. Испытуемый выполняет две попытки, фиксируется лучший результат.



Проба Ромберга – поза «Аист»

Оборудование: секундомер.

Методика выполнения: ребенок стоит на одной ноге, вторая нога согнута в коленном суставе, при этом стопа согнутой ноги касается коленного сустава опорной ноги, руки вытянуты перед собой, глаза закрыты.

Оценка теста: фиксируется время сохранения положения.

Тест «Ласточка»

Оборудование: секундомер.

Методика выполнения: ребенок становится ровно, ноги вместе; выполняя наклон вперед, смотрит перед собой; поднимает одну ногу, вытягивая ее, как продолжение туловища, руки разведены в стороны.

Оценка теста: фиксируется время сохранения положения.

Тест «Стойка на носках»

Оборудование: секундомер.

Методика выполнения: ребенку становится ровно, ноги вместе, руки поднимает вверх над головой, становится на носки, закрывая глаза.

Оценка теста: фиксируется время сохранения положения.

Результаты и их обсуждение. Был проведен сравнительный анализ уровня развития статического и динамического равновесия, а также показателей ориентации в пространстве у детей 6 – 7-ми лет с нейросенсорной тугоухостью 4-й степени и у здоровых детей того же возраста, но без данной патологии (см. таблицу 1). Отмечено, что дети с нейросенсорной тугоухостью имеют статически достоверно значимые различия в уровне развития координационных способностей, по сравнению с их здоровыми сверстниками. При этом отмечается снижение всех количественных показателей тестирования и увеличение времени выполнения тестов (замедление скорости и темпов движений).

Таблица 1

Сравнение показателей координационных способностей детей с нейросенсорной тугоухостью 4-й степени и у их здоровых сверстников

ТЕСТЫ	Дети с НСТ	Здоровые	t _{факт.}	t _{крит.}	P
Броски вокруг ведра (раз)	4,3±0,32	7,8±0,24	8,9	3,65	<0,001
«Препятствие» (с)	43,2±4,29	16,8±8,6	26,4	3,65	<0,001
Подбросы мяча в ходьбе (с)	13,0±0,10	7,1±0,07	50,2	3,65	<0,001
Челночный бег (с)	14,4±0,48	11,0±0,39	21,2	3,65	<0,001
Проба Ромберга усл. (с)	6,5±0,13	12,7±0,09	38,5	3,65	<0,001
Проба Ромберга – «Аист» (с)	3,6±0,13	11,2±0,17	36,0	3,65	<0,001
«Ласточка» (с)	3,3±0,08	10,9±0,16	42,2	3,65	<0,001
Стойка на носках (с)	3,4±0,16	11,2±0,19	32,4	3,65	<0,001
Проход по линии (с)	12,6±0,11	7,0±0,09	39,0	3,65	<0,001
Ходьба по букве «П» (с)	19,3±0,39	10,4±0,07	22,6	3,65	<0,001
Броски спиной снизу (раз)	2,9±0,31	5,9±0,27	7,3	3,65	<0,001
Ходьба по гим. скамье (с)	38,1±0,41	16,3±0,09	52,1	3,65	<0,001



На рисунке 1 показаны полученные результаты исследования уровня развития координационных способностей здоровых детей, принятые за 100%, а результаты выполнения этих же тестов детьми с нейросенсорной тугоухостью выражены в процентах, пропорционально значениям их здоровых сверстников.

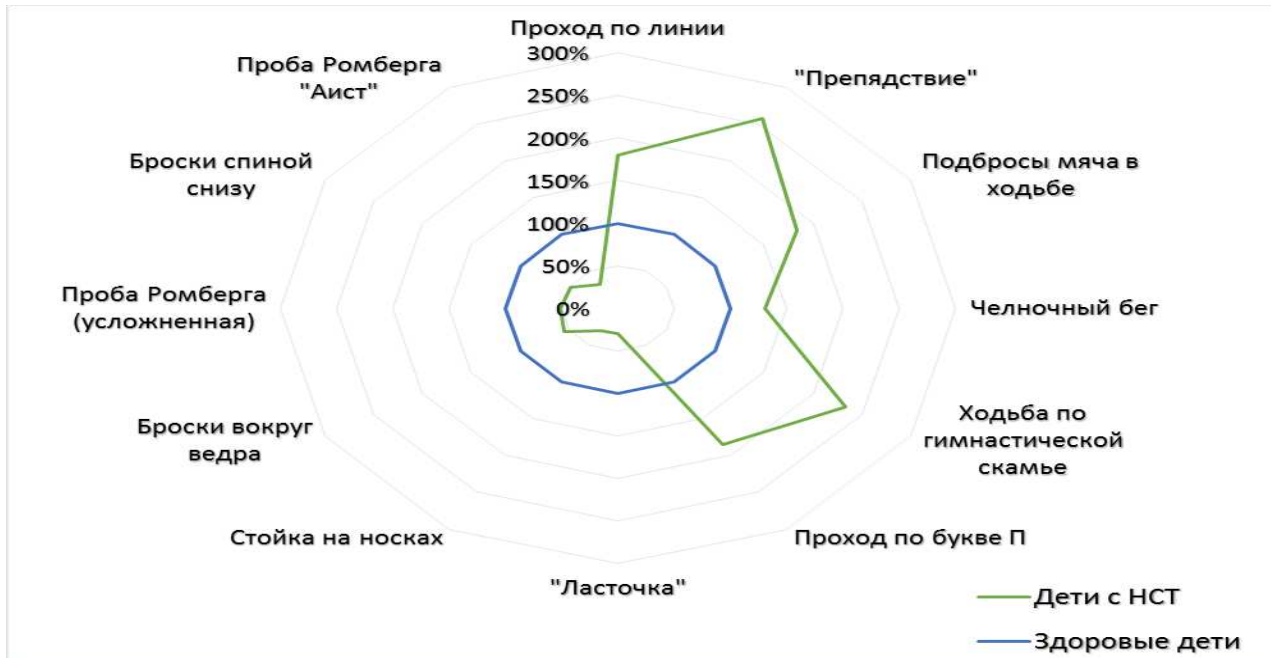


Рисунок 1. Уровни развития (в %) показателей координационных способностей у наблюдаемых детей.

Из данных графика видно, что временные показатели тестов детей с нейросенсорной тугоухостью выполняются медленнее на 60 – 80%, чем у здоровых сверстников; прибавка в процентном соотношении составляет свыше 250 – 260% от уровня здоровых детей. Количественные показатели тестирования, как и пробы Ромберга для оценки статического равновесия, были, наоборот, в 2 раза меньше по сравнению с данными здоровых детей.

Данные, полученные после проведенных тестов, являются основой для разработки коррекционно-развивающей программы по формированию координационных способностей у детей с нейросенсорной тугоухостью школьного возраста.

Вывод. У детей с нейросенсорной тугоухостью в результате проведенных тестов было выявлено, что координационные показатели, ориентация в пространстве значительно ниже, чем у здоровых детей и нуждается в целенаправленном дополнительном развитии.

Список литературы:

1. Афанасьева Т.Ю., Зыбина П.Ю., Калюжин В.Г. Методы исследования функционального состояния школьников с нейросенсорной тугоухостью / Т.Ю. Афанасьева, П.Ю. Зыбина, В.Г. Калюжин // Физиологические механизмы



адаптации организма человека к факторам среды: мат. I-й Междунар. науч.-практич. конф. студентов и молодых ученых; Челябинск, 27 марта 2019 г. / ФГАОУ ВО «Уральский гос. ун-т физической культуры». – Челябинск: Типография УралГУФК, 2019. – С. 17 – 23.

2. Афанасьева Т.Ю. Медико-биологические основы реабилитации координационных способностей детей с нейросенсорной тугоухостью / Т.Ю. Афанасьева, В.Г. Калюжин // Актуальные проблемы физической культуры и спорта. Развитие и перспективы: мат. I-й Междунар. науч.-практ. конф., г. Донецк, 21 – 22 марта 2019 г.; Секц. 4: Здоровье и мед.-биол. основы спорта и физ. культуры. АФК и рекреация. – Донецк: Мин-во молодежи, спорта и туризма ДНР, 2019. – С. 28 – 34.

3. Петух О.В. Аспекты развития равновесия при задержке развития / О.В. Петух, В.Г. Калюжин // Актуальные проблемы физической культуры, спорта, туризма и рекреации: материалы VI Всеросс. с междунар. участием науч.-практич. конф. студентов и аспирантов, г. Томск, 19 апреля 2018 г. / под ред. к.б.н. А.Н. Захаровой, к.б.н. А.В. Кабачковой. – Томск: STT, 2018. – С. 158 – 160.



УДК 159.923:6В-025.18

НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГАРМОНИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА

Бажутина С.Б.

Государственное образовательное учреждение высшего образования
«Луганский государственный педагогический университет»

Кафедра психологии

г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. Проблема гармонизации физических состояний и психических проявлений жизни человека особенно активно начала изучаться представителями различных направлений телесной терапии. В. Райх, А. Лоуэн, Ф. Александер, А. Янов, М. Фельдеркрайц, Э. Ярлнес, Л. Марчер, М. Сандомирский и многие другие. Предлагаемые авторами методы и техники управления телом и психикой несколько разнятся, но все они сходятся в одном: физическая и душевно-духовная жизнь человека представляют собой органичное целое, в котором нарушения каждой из этих частей приводят к деформациям, а нередко и патологии, всего организма. Однако, эта центральная проблема остается нерешенной и по сей день. На наш взгляд, к ее решению стоит подходить с разных сторон.

Во-первых, построить гармоничную личность невозможно без оказания индивиду помощи в создании у него смысловой реальности, адекватной времени и культурологической среде обитания. В этой реальности параллельно Модели Мира будет развиваться и возвращаться Я субъекта. Чем богаче, ярче, полноценнее Модель Мира, тем больше у человека возможностей для создания образов своего Я. Однако, «возращение Я-образов» помимо повышения у субъекта общего уровня знаний об окружающей среде требует еще и соблюдения определенной логики телесного развития, так считают приверженцы бодинамического направления.

По их мнению, тело проходит семь стадий физических изменений, в каждой из которых индивид обретает также и свой психологический опыт, необходимый ему для создания целостности внутреннего мира и выраженности собственной Самости. В каждой из стадий развития тело меняется, развиваются мышечная, сосудистая и нервная системы, совершенствуются органы. В зависимости от изменений, происходящих с телом в каждой из стадий, в личности появляются психологические образования, необходимые ей для жизни в социуме в сложной постоянно преобразующейся среде. Многочисленные наблюдения и эксперименты показывают, что происходящие в организме изменения могут быть либо гармонизирующие его целостность и ресурсность, либо существенно деформирующие его [5]. Работа с приходящими на консультацию к психологу клиентами убеждает, что все они имеют ту или иную степень нарушений в



гармонии физического и психического. Важно также, что запускать эти нарушения могут как деформации физической, так и психической составляющих организма.

Таким образом, негативный опыт накапливается в мышцах, органах, в теле в целом, кроме того, во внутренней психической реальности человека. Поэтому, столкнувшись с травмирующими условиями окружающей среды, субъект оказывается не в состоянии им противостоять, сохранять необходимый уровень активности и использовать ресурсы для адекватного ответа на возникшие обстоятельства.

Цель исследования. Следует заметить, что деформации развития, являясь результатом физического или психического опыта, возникают в процессе контактов с другими людьми, в первую очередь, в контактах с матерью. Отсюда коррекция физической и психической аномалии будет нуждаться еще и в воспроизведении тех ситуаций общения, которые этот опыт сформировали. Ознакомление с содержанием и технологией метода, призванного решать все обозначенные задачи и является целью нашей работы.

Материал и методы. Расскажем об одном из методов работы с клиентами, имеющими психосоматические симптомы. Отметим, что определение психосоматической симптоматики мы фиксировали при помощи методик: САН (Самочувствие. Активность. Настроение) [1] и опросника, составленного на основании «семи телесных сегментов», выделенных В. Райхом [3], адаптированных нами для опроса клиентов. Обе методики были проверены в 2019 – 20 гг. магистрантом кафедры психологии Луганского государственного педагогического университета С.Ф. Галиниченко.

В эксперименте участвовало 70 человек 18 – 45-ти лет, из них 24 чел. (экспериментальная группа), посетители массажного кабинета с выраженными психосоматическими симптомами, 46-ть чел. обычные люди (контрольная группа).

Апробация показала, что и люди с диагностированными психосоматическими проблемами, и обыкновенные граждане испытывают боль в одних и тех же отделах тела. Так, в контрольной группе респонденты говорили о том, что «часто» или даже «постоянно» испытывают болевые ощущения в области шейного отдела (часто: 38,6%/постоянно:17,1%), копчика и ног (24,3%/12,9%), в поясничном отделе (32,9%/11,4%). Аналогично в экспериментальной группе респонденты выделили те же отделы как болевые, причем, со значительно большими процентами показателей «часто» и «постоянно» переживаю боль.

Результаты и их обсуждение. Таким образом, если следовать логике В. Райха, болевые отделы наших испытуемых свидетельствуют о том, что обследованные нами люди чаще всего переживают сильные эмоции раздражения, гнева, ярости и страха, которые безусловно блокируют у них переживание эмоций удовольствия и умиротворения. Мы «наложили» на эти



данные еще и показатели телесно-психологического опыта, предложенные Л. Марчер в ее карте «Психологических функций мышц» [5].

Оказалось, что психологические проблемы наших испытуемых связаны прежде всего со структурой существования своего Я, с определением границ Я, с самовыражением, способностями выстраивать контакты с другими людьми и адекватно противостоять различного рода стрессорам.

Мы гипотетически предположили, что эти проблемы, действительно, являются основными психологическими проблемами большинства или, во всяком случае, обуславливающими часто психологическую проблематику людей. С целью оказания помощи нуждающимся, снижения травматического давления на личность нами были разработаны две тренинговые программы: «Самость и развитие Я» и «Проблемы психофизического развития в процессе взросления».

Первый тренинг был направлен на пробуждение и актуализацию Я-участников. Это краткосрочный тренинг, направленный преимущественно на работу с подсознанием человека. Основная цель работы по этой программе: помочь человеку почувствовать силу своей глубинной Самости, обрести уверенность в том, что мир не так уж катастрофически страшен и опасен, что в нем всегда можно жить интересно и счастливо, а, главное, что у каждого для этого есть возможности, надо только отпустить своих «ужастиков», доверять приятным тебе людям и чуть-чуть «пораскинуть мозгами». Подробно технология работы по этой программе описана в коллективной монографии «Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий» [2].

Обратимся к краткому описанию второй тренинговой программы «Проблемы психофизического развития в процессе взросления». Это объемный по времени тренинг, предположительно на год-полтора с учетом каникулярного времени. Занятия проходят раз в месяц, так как предполагается самостоятельная работа участников в малых группах по освоению системы упражнений с телом и закреплению получаемых навыков.

Основная цель данной программы: обнаружить и проработать, возможно, проявившиеся уже в ходе первого тренинга, психологические проблемы, что сформировались в процессе взросления индивида, показать, как они возникали в результате тех или иных особенностей взаимоотношений с близкими людьми, особенно с матерью, а также отношений с Миром и населяющими его «себе подобными». Кроме того, важной задачей «Программы...» являлось ознакомление участников с тем, как психологические проблемы связаны с развитием тела, какое чисто «физическое» закрепление они обретают в теле человека, как их «вынуть» и идентифицировать с психологическим опытом и, наконец, каким конкретно физическим и психологическим навыкам следует обучиться, чтобы нейтрализовать данные проблемы, сделать их гармоничной частью своего вполне благополучного бытия.



Методологически данная «Программа...» имеет фундаментальную базу в виде идеи неразрывного единства физической и психической (душевной и духовной) составляющих человеческого организма, где определенная выраженность одной из частей влечет за собой вполне определенное содержание другой. Еще Л.С. Выготский, рассматривая процесс развития и становления личности человека, говорил о метаморфозах, происходящих во внутреннем мире ребенка, об опосредованном развитии высших психических функций у человека, о процессе интериоризации внешнего физического действия во внутренний план в период формирования сознания.

Технологически «Программа...» предполагает работу участников группы над всеми семью структурами: существования, потребностей, автономии, воли, любви/сексуальности, мнений, солидарности/проявления своих интересов [1]. Каждой структуре посвящается обычно 2 – 3 занятия, в ходе которых участники группы теоретически знакомятся с содержанием, происходящих в теле и психике человека изменений, кроме того они постоянно обучаются различного рода физическим упражнениям, выполняемым индивидуально, в парах и в группе. Упражнения подбираются таким образом, чтобы актуализировать те системы мышц и фасций, которые знаменовали развитие человека в данный возрастной период. Причем, подобранные упражнения – это не просто набор физических движений разного характера, мы старались наполнить каждое упражнение психологическим опытом, необходимым для ресурсного развития личности в рассматриваемой и тренируемой структуре. Предполагалось, что в период до следующего занятия, обучающиеся активно формировали навыки, полученные на предыдущем.

По мнению авторов, бодинамического подхода в психотерапии, такая целенаправленная работа с телом, может способствовать «оживлению» травм, полученных в данной стадии возрастного развития субъекта. И действительно, в начале каждого нового занятия, при организации рефлексии происходящих в организме каждого участника группы изменений, мы часто сталкивались с необходимостью анализа травмирующих ситуаций, произошедших с обучающимися в этот период детства. Анализ травм проводился с разной степенью глубины и откровенности участника, поэтому требовал от психолога-тренера умений встраивать в логику общего обсуждения темы этот конкретный случай, корректно, эмпатийно реагировать на ситуацию одного, делая вместе с тем ее обсуждение полезным и ценным для каждого.

Заметим также, что в ходе работы над той или иной структурой мы обязательно уделяли еще и определенное время для некоторой корректировки смысловой картины мира, что в норме или с нарушениями могла сложиться во внутренней психической реальности индивидов в этот период как своеобразная система ориентировки формирующихся личностей в окружающей среде. (Проведенные нами исследования смысловой реальности взрослого человека доказывают, что смыслы начинают конструироваться в



сознании уже в младенческом возрасте, в первую очередь, через отношение родителей к ребенку в процессе их речевого общения, а затем, путем освоения самих смысловых конструкторов, имеющих у значимых для малыша взрослых [3]).

В завершение «Программы...» все участники обязательно делали письменные отчеты-анализы динамики физического и психического состояния своего организма в процессе прохождения программы «Проблемы психофизического развития в процессе взросления». Нам представляется, что такого рода рефлексия, такая конкретизация знаний о себе и фиксация всего, пережитого участниками, на фоне обобщений полученного ими опыта, чрезвычайно полезна и ценна даже в образовательном плане. В качестве иллюстрации приведем выдержку из одного отчета. «...В ходе занятий мне удавалось изучать ощущения своего тела, тестировать состояние мышц и составить собственную карту тела... Научилась реально ощущать границы Я и при необходимости защищать их. В этом очень помогли физические упражнения... А еще, наконец-то признала, что некоторые, пережитые мною события, были травмами для меня, но я уже не прячусь от них, а пытаюсь разобраться. У меня теперь есть ресурсы для их разрешения и в теле, и в душе!...»

Выводы. Объем статьи не позволяет нам подробно разобраться в содержании физической и психической составляющей каждой из структур, показать конкретную систему работы по гармонизации обеих частей и провести анализ деятельности психолога в «Программе...». Мы считаем, что дальнейшая работа над описанным методом нуждается в сборе разного рода данных, демонстрирующих его эффективность, и проведение глубокой и системной их интерпретации.

Список литературы:

1. Большая энциклопедия психологических тестов: автор сост. А. Карелин. – М.: Эксмо, 2006 – 416 с.
2. Бажутина С.Б. Активация самосознания как способ повышения устойчивости человека к травмам / Травматизация. Преодоление последствий психотравмирующих событий: монография / Авторский коллектив // под общ. ред. Е.Г. Максиментко, В.В. Седнева, А.Г. Гордеевой, Е.В. Новиковой. – Донецк: Фолиант, 2019. – С. 242 – 262.
3. Бажутина С.Б. Значимые ориентиры в смысловой реальности человека / Личность в культуре и образовании: психологическое сопровождение, развитие, социализация: материалы VI Всероссийской научно-практической конференции (11–13 декабря 2018 года) // Южный федеральный университет; под общ. ред. А.В. Черной. – Ростов-на-Дону; Таганрог: Foundation, 2018. – С. 282 – 289.



**Интегративная медицина, реабилитационные технологии:
образование, наука и практика**



4. Райх В. Характероанализ. Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков – М.: Когито-Центр. – 2015. – 450 с.

5. Телесная психотерапия. Бодинамика: [пер. с англ.] / Ред. сост. В. Березкина - Орлова. – М.: АСТ: Астрель, 2011. – 409 с.



УДК 159.9.018

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ

Бармакова А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Чувашский государственный
педагогический университет им. И.Я. Яковлева»
Кафедра педагогики и методики начального образования
г.Чебоксары, Российская Федерация

Актуальность темы. К. Роджерс обязательным считал также искренность психотерапевта, неподдельное выражение им своих реакций на мысли и чувства клиента: «Я могу быть самим собой и... позволяю другому человеку быть самим собой».

Предметом психологии как науки является изучение закономерностей формирования и появлений психики. Психология делится на общую и специальную, или прикладную. К последней относятся: социальная психология, педагогическая, клиническая, психотерапия.

Психотерапия – метод лечения больного психологическим воздействием. Психотерапия в целом включает множество других методов, которые могут использоваться для оказания помощи различным категориям больных. Большинство из них требуют соответствующей квалификации психотерапевта и опыта применения конкретных методик. Психотерапевт должен владеть как медицинскими (прежде всего в области психиатрии), так и психологическими знаниями, чтобы проводить дифференциальную диагностику выявляемых нарушений, определять показания для применения тех или иных психотерапевтических методов и осуществлять психотерапию на практике, избегая побочных эффектов и осложнений.

Психологическая реабилитация – комплекс мер коррекционно-диагностического и восстановительного характера, целью которых является восстановление психического здоровья и коррекция отклонений личности клиентов. Психологическая реабилитация в центре осуществляется по следующим направлениям:

- восстановление и развитие отдельных интеллектуальных функций (психомоторики, памяти, мышления и т.д.);
- сглаживание (ликвидация) локальных эмоциональных расстройств (возбудимость, тревога, страхи, эмоциональная неустойчивость);
- развитие коммуникативных навыков и оптимизация уровня коммуникативной готовности в целом;
- формирование адекватного отношения к собственному «Я», своим возможностям, заболеванию (дефекту);



- формирование адекватных представлений о межличностных взаимоотношениях;
- развитие навыков психической саморегуляции, способности к волевым усилиям;
- развитие склонностей и способностей, формирование адекватной самооценки;
- развитие навыков креативности, творческого самовыражения.

Цель исследования: изучить психологические и психотерапевтические методы в реабилитационной медицине.

Материал и методы. Мероприятия по психологической реабилитации базируются на результатах психодиагностики, которые определяют их содержательную сторону и направленность, выступают в качестве объективных показателей необходимости их проведения и оценки достигнутых результатов (эффективности). Основываясь на результатах психодиагностики, на каждого клиента заполняется индивидуальная карта психологической реабилитации, в которой отражается весь комплекс коррекционных и развивающих мероприятий. Основными методами психологической реабилитации являются: психологическая консультация (беседа), психологический тренинг, психокоррекционные занятия в сенсорной комнате. Раскроем методы психологической реабилитации:

Психологическая консультация (беседа) – это способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и клиента. Психокоррекционные беседы позволяют конструктивно разрешить всевозможные психологические коллизии, препятствующие устанавливать нормальные отношения со своим социальным окружением. Беседы играют важнейшую роль в плане психопрофилактики возможных отклонений в поведении клиентов.

Психокоррекционные занятия в сенсорной комнате. Сенсорная комната – это организованная особым образом окружающая среда, состоящая из множества различного рода стимуляторов, которые воздействуют на органы зрения, слуха, обоняния, осязания и вестибулярные рецепторы. В условиях этой комнаты можно снимать страхи, невротические состояния, проводить коррекцию поведения. В ней можно проводить специальные занятия или просто использовать для релаксации. Сеансы в сенсорной комнате включены в комплексную систему реабилитации пациентов с опорно-двигательной патологией, умственной отсталостью, задержками психомоторного и эмоционального развития, неврозами, нарушениями зрения, слуха, речи, что значительно повышает эффективность проводимого лечения.

Психологические тренинги – это целенаправленное восстановление, развитие, формирование отдельных психических функций, умений, навыков и качеств личности, утраченных или «ослабленных» в силу заболевания, несформированность которых препятствует успешной и эффективной самореализации в различных социальных условиях, жизненных ситуациях.



Тренинги направлены на решение проблем познавательного, психомоторного, социального, личностного развития клиентов.

На завершающем и обобщающем этапе психокоррекционных мероприятий происходит оценка эффективности проведенной работы, составляются психолого-педагогические рекомендации для воспитателей, обсуждение итогов проведенной работы с врачами-психиатрами и педагогами.

Оценка эффективности проведенной работы с клиентами может быть разной, в зависимости от того, кто производит эту оценку: клиент, то есть непосредственно тот, на кого была направлена работа; педагог или другое заинтересованное лицо (врачи, администрация учреждения), кто обратился с запросом о помощи к психологу; сам психолог.

С точки зрения клиента работа будет успешной и эффективной, если он во время занятий получит эмоциональное удовлетворение и в целом, как в ходе работы, так и по окончании ее, будет переживать положительные эмоции по поводу своего участия в групповых и индивидуальных занятиях. Для педагогов проведенная работа эффективна, если в результате ее удовлетворен запрос. Для психолога критерием результативности проведенной работы и эффективности коррекционной программы является степень достижения цели коррекции и решения поставленных задач. Оценка результативности произведенного воздействия осуществляется психологом при повторной диагностике тех сторон психики и личности клиентов, которые явились предметом коррекции.

К основным методам и приемам при психотерапевтической реабилитации относятся:

Когнитивные методы основаны на апелляции на разум больного, его логике и личностным ценностям. Эти методы способствуют установлению контакта врача с больным, делают адекватными взаимоотношения. Одним из первых методов психотерапии, основанных на логической аргументации, является метод рациональной (от лат. ratio – разум) психотерапии Дьюбуа. В основе его лежит психотерапевтическое убеждение путем использования логической аргументации с целью изменения неадекватных установок и оценок больным своего заболевания.

Техника рациональной психотерапии сводится к беседе с больным, во время которой врач разъясняет ему в доступной форме причину и механизмы возникновения заболевания, объясняет, что имеющиеся у него нарушения обратимы, призывает больного изменить свое отношение к волнующим его событиям окружающей обстановки, перестать фиксировать внимание на симптоме болезни. Беседа, проводимая с больным, должна быть нацелена на активное стимулирование его усилий, направленных на преодоление болезни, и на перестройку поведения. Эффективность бесед с больным повышается, если при этом возникает соответствующая эмоциональная реакция.

Когнитивная часть психотерапии направлена на обнаружение патогенных (т.е. ошибочных) мыслей, убеждений, предположений, ожиданий, которые предшествуют патологическим (неадекватным) чувствам (депрессии, страху)



или поведению. Патогенные, неадекватные мысли психотерапевт корректирует в процессе разговора (сократовский диалог) путем сопоставления реальности с представлениями пациента.

Поведенческие методы психотерапии. Разработаны на базе бихевиоризма (от англ. Behavior – поведение) – учения о формировании, закреплении, исчезновении привычек, навыков, поведенческих форм реагирования. В основе концепции психологии поведения лежит учение И.П. Павлова о роли подкрепления в формировании одних типов поведения и угасании других. Бихевиоральная (поведенческая) психотерапия является симптоматической и строится как процесс угасания нежелательного и моделирование нового поведения, в основе ее лежит учение и тренинг, которые помогают добиваться снижения тревоги и страха при столкновении (конфронтации) с пугающей ситуацией. 5

Разнообразные методики поведенческой психотерапии направлены на выработку новых (адекватных) навыков и форм поведения вместо патологических. Наиболее известными методиками поведенческой терапии являются: систематическая десенсибилизация, парадоксальная интенция, аверсивная психотерапия.

Психодинамические методы. Эти методы основаны на концентрации приоритетной роли интрапсихических конфликтов в механизмах возникновения психических конфликтов в механизмах возникновения психических расстройств, являющихся результатом динамической и часто бессознательной борьбы противоречивых моментов внутри личности; они направлены на выявление и устранение подобных конфликтов.

Классический психоанализ Фрейда представляет собой «разговорную терапию».

Психоаналитическая психотерапия – другой вид терапии, где используется метод свободных ассоциаций, реакции трансфера (переноса) и сопротивления.

Арттерапия также относится к психодинамической терапии. Психотерапевты, занимающиеся терапией искусством, опираются на идеи Фрейда и Юнга, утверждавших, что художественное творчество выражает бессознательное. Сторонники такого подхода исходят из того, что фантазии, «мечты наяву» и различные фобии человеку легче выразить в рисунках, чем вербально. Пациент должен использовать собственные ассоциации, связанные с произведениями, для того чтобы лучше понять себя. Вторая идея, вытекающая из первой, состоит в том, что, узнав сильные и слабые стороны своего характера, пациент может творчески смягчить свое состояние, так как любое творчество высвобождает большое количество позитивной энергии, любое творчество целебно.

Выводы. Любой специальности может осуществлять, и должен не жалеть на это времени, психотерапевтическое общение с пациентами в рамках когнитивной психотерапии с элементами внушения. Психотерапия тесно переплетается с практикой психологии, психогигиены и психопрофилактики.



Психотерапия вместе с социотерапией, фармакотерапией, трудовой терапией и др. составляют единый комплекс психосоциальных методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцированной основе является решающей предпосылкой достижения эффективного социального и трудового восстановления клиентов, оптимизации их личностного развития. Можно говорить лишь о смещении акцента в сторону психотерапии на различных этапах реабилитации.

Реабилитация – завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса клиента.

Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, но, прежде всего – личностный подход к больному человеку. Различают медицинскую, психологическую, профессиональную и социальную реабилитацию.

Психологическая реабилитация как психологическая интервенция, осуществляемая в целях реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину психотерапии.

Психотерапия при проведении реабилитации может быть, как в индивидуальной форме, так и групповой.

Существует два вида групповых метода психотерапии и социотерапии в реабилитации.

1. Терапевтические, направленные на социальное поведение клиента: разговорные, проблемных дискуссий, психомоторные, коммуникативные, арт- и музыкотерапии, а также семейную психотерапию.

2. Оптимальная организация социальной структуры коллектива клиентов: совет и собрания, функциональные группы, коллективные экскурсии, клуб пациентов и т.п.

Большинство фактов и закономерностей, полученных в исследовании эффективности работы практических психологов, нуждаются в дополнительной проверке. Реализация предпосылок в четкие критерии эффективности определяются теоретической позицией практического психолога.

Какой бы содержательный критерий эффективности ни анализировался, в любом случае мы имеем дело со следующими группами переменных, характеризующих воздействие:

- субъективно, переживаемые клиентом изменения во внутреннем мире;
- субъективно регистрируемые параметры, характеризующие изменения в различных модальностях внутреннего мира человека;
- устойчивость изменений в последующей после воздействия жизни человека.

Поиск критериев эффективности психологического воздействия всегда будет требовать учета своеобразия природы, клиники и механизмов развития проблемы, используемых методов воздействия и тех целей, которые стремятся реализовать с их помощью.



Список литературы:

1. Абрамова Г.С. Практикум по возрастной психологии / Г.С. Абрамова // М.: Академия. – 1998. – 320 с.
2. Анциферова А.А. Воспитание детей в средней группе детского сада: Пособие для воспитателей дет. сада / А.А. Анциферова, Т.А. Владимирова, В.В. Гербова и др.; сост. Г.М. Лямина. – 2-е изд., испр. – М.: Просвещение, 1982. – 256 с.
3. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. Курс лекций / Ю.Б. Гиппенрейтер – М.: ЧеРо, 1996. – 336 с.
4. Годфруа Ж. Что такое психология: В 2-х томах. Изд. 2-е стереотипное, т. 1: Пер. с франц. – М.: Мир, 1996. – 496 с.
5. Козлова Л.В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. Пособие / Л.В. Козлова, С.А. Козлов, Л.А. Семенов; Под общ. ред. Б.В. Кабарухина. – Изд. 2-е. – Ростов н /Д: Феникс, 2005. – 475 с.
6. Кречмер З. Медицинская психология. Пер. с нем. / Изд. подг. В.А. Луков. – СПб.: Союз, 1998. – 464 с.
7. Макаренко А.С. О воспитании / А.С. Макаренко // М.: Политиздат, 1988. – 256 с.
8. Менчинская Н.А. Проблемы обучения, воспитания и психического развития ребенка / Под ред. Е.Д. Божович. – М.: Институт практической психологии, 1998. – 448 с.
9. Методы эффективной психокоррекции: Хрестоматия / Сост. К.В. Сильченков. – Минск, 1999. – 816 с.
10. Рубинштейн С.Л. Основы общей психология / С.Л. Рубинштейн // СПб.: Питер Ком, 1999. – 720 с.



УДК 616.89-008.454+577.344

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ФОТОБИОМОДУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Белова А.Н., Израелян Ю.А., Сушин В.О., Резенова А.М., Шабанова М.А.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Кафедра медицинской реабилитации
г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Актуальность темы. Расстройства депрессивного спектра относятся к широко распространенной патологии и далеко не всегда успешно поддаются терапии медикаментозными средствами [1]. Перспективным методом терапии депрессии может стать транскраниальная фотобиомодуляция (тФБМ) – способ нейромодуляции, предполагающий воздействие на головной мозг видимым светом и ближним инфракрасным излучением (БИК) через кости черепа [4]. Источниками оптического излучения служат лазеры или светодиоды, которые размещают на голове (в одной или нескольких областях черепа) с целью стимуляции определенной части головного мозга [7]. Свет БИК диапазона способен проникать через скальп, кости черепа, мозговые оболочки и ткани мозга на глубину до 20 – 30 мм, хотя до 98% световой энергии отражается либо поглощается [6]. Возможно, можно повысить эффективность воздействия, используя длины волн в диапазоне 808 – 835 нм, лазерные устройства, более высокие плотности мощности и импульсные параметры излучения [1]. Метод тФБМ является неинвазивным и имеет минимальное число побочных эффектов и противопоказаний.

Цель исследования. Продемонстрировать антидепрессивные свойства транскраниальной фотобиомодуляции.

Материал и методы. Антидепрессивные свойства тФБМ были продемонстрированы в пилотном рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании ELATED-2 [2]. В исследование были включены 21 пациент с униполярным БДР средней степени тяжести, 13 из которых завершили 8-недельный курс терапии с применением плацебо либо тФБМ (светодиоды, непрерывное излучение, 823 нм; 36.2 мВт/см²; до 65.2 Дж/см²). Сеансы продолжительностью от 20-ти до 30-ти минут проводились два раза в неделю. Во время каждого сеанса пациентам, рандомизированным в группу активной терапии, осуществлялось двустороннее симультанное воздействие на дорсолатеральные отделы префронтальной коры (зоны воздействия F3 и F4, согласно международной схеме отведения ЭЭГ «10 – 20»), причем, продолжительность сеанса и, соответственно, суммарная курсовая доза, корректировались после 3-х и 5-ти недель лечения.



Результаты и их обсуждение. В группе плацебо позитивная реакция на процедуру, согласно оценкам по шкале депрессии Гамильтона, наблюдалась в 27%, а ремиссия наступила в 18% случаев, тогда как в группе активной терапии – соответственно в 50% и 50% случаев. Несмотря на малый размер выборок, результаты, свидетельствующие в пользу антидепрессивных свойств тФБМ, были статистически достоверными [2].

Молекулярные и биологические механизмы действия оптического излучения в красном, инфракрасном и БИК диапазонах достаточно подробно изучены в экспериментах *in vitro* и *in vivo*. Предполагают, что световые волны этих диапазонов, проникая в живые ткани, в том числе, и в вещество головного мозга, способны воздействовать на эндогенные фоторецепторы дыхательной цепи митохондрий и инициировать каскад фотохимических реакций, итогом которых становится улучшение тканевого дыхания [4]. Вероятно, фотоны индуцируют окислительно-восстановительные реакции, направленные на повышение функционирования митохондрий, увеличение выработки АТФ и уменьшение оксидативного стресса [3]. Так, было высказано предположение, что под действием низкоинтенсивного оптического излучения происходит фотодиссоциация комплексов цитохрома с оксидом азота (NO). Чрезмерное образованию комплексов NO с цитохромами, цитохромоксидазой и железосерными центрами тормозит работу дыхательной цепи, поэтому фотовысвобождение NO приводит к восстановлению ферментативной митохондриальной активности вследствие устранения препятствий к связыванию с кислородом. Высказывается также предположение о том, что механизм ФБМ может быть связан с воздействием света на некоторые свето- и тепло-зависимые ионные каналы из группы TRP (**Transient Receptor Potential**, или каналы транзиторного рецепторного потенциала) [7]. Возможно, незначительные изменения температуры при воздействии БИК (слишком низкие, чтобы вызвать заметное нагревание ткани) могут изменять конформацию белка и открывать некоторые из этих каналов, инициируя различные внутриклеточные процессы [7,3]. Возможно, свет, в зависимости от длины волны, поглощается двумя разными хромофорами: основным фотоакцептором при облучении светом в диапазоне до 940 нм является цитохром С оксидаза в митохондриальной дыхательной цепи корковых нейронов, тогда как более длинные волны (980 нм, 1064 нм), в основном, поглощаются тепло- и светочувствительными ионными каналами TRP [4].

Стратегия применения тФБМ в терапии *депрессивных расстройств* основана на гипотезе о том, что световое излучение способно скорректировать митохондриальную дисфункцию, которая, согласно существующим в настоящее время гипотезам, играет важную патогенетическую роль в возникновении депрессии [1]. Многочисленные исследования на животных и людях выявили при Д изменения тканевого дыхания в корковых структурах головного мозга, в том числе, изменение активности цитохром оксидазы, ингибирование I, III и IV комплексов дыхательной цепи митохондрий, изменение уровня маркеров



синтеза АТФ и др. [5]. В пользу «митохондриальной» гипотезы депрессии могут свидетельствовать также результаты доклинических исследований лекарственных препаратов, например, увеличение энергетического метаболизма клеток фронтальной коры крыс в результате терапии антидепрессантами [10]. Действительно, значительное число экспериментов подтвердили способность тФБМ увеличивать биосинтез АТФ в префронтальной коре животных, а также оказывать влияние на другие, потенциально участвующие в патогенезе депрессии факторы: активизировать нейрогенез и синаптогенез за счет усиления выработки нейтрофических факторов, предупреждать апоптоз нейронов, усиливать ангиогенез и улучшать церебральную микроциркуляцию [4,9]. В моделях депрессии у животных было показано, что тФБМ способна воздействовать и на поведенческие проявления депрессии [8,9]. Перспективной направлением, как показали экспериментальные работы на мышах, может оказаться совместное использование тФБМ и коэнзима Q₁₀ [9]. Обнадёживающие результаты экспериментальных исследований на животных, продемонстрировавших позитивный терапевтический эффект тФБМ при депрессии, дали основание к апробации этого метода в клинических исследованиях.

Исследования тФБМ у пациентов с депрессией весьма разнородны и представлены как описаниями отдельных случаев [6], так и наблюдениями за относительно большими группами пациентов [6], касаются как большого депрессивного расстройства (БДР) [2], так и коморбидных расстройств настроения, возникающих при органических повреждениях головного мозга [6]. В значительной степени варьируют и методики применения света: в качестве источников излучения были использованы как лазеры [2,6], так и светодиоды [2]; диапазон излучения варьировал от 633 нм до 1064 нм, с преобладанием БИК диапазона 810 – 830 нм [2,6] в импульсном либо постоянном режиме [2,6]. Воздействие чаще осуществлялось билатерально на височные и/или лобные области [2,6]. Методами оценки эффективности тФБМ обычно служили общепринятые валидизированные опросники.

Положительный эффект тФБМ наблюдался не только при БДР, но и при коморбидных депрессивных расстройствах. В одном из наиболее крупных исследований, посвященных коморбидной депрессии, 39 участников получали тФБМ (лазерное излучение от 8 до 15 Вт, от 55 до 81 Дж/см²) на лобную и височные области, от 8-ми до 34-х сеансов на курс [6]. Позитивная реакция на терапию, согласно самоотчету пациентов, была отмечена у 92% участников исследования, у 82% пациентов наступила ремиссия; лучшие результаты были достигнуты у тех больных, которым было проведено ≥ 13 сеансов. Устойчивость достигнутых результатов была подтверждена катамнестическим наблюдением через 2, 6, 12 и 55 месяцев после завершения терапии [6].

Побочные эффекты тФБМ у пациентов с депрессией, согласно детальному анализу, представленному в недавних обзорах, встречаются редко и представлены головной болью, раздражительностью и нарушениями сна.



Выводы. Таким образом, тФБМ при депрессивных расстройствах легкой и средней тяжести представляется безопасным и потенциально эффективным методом лечения, что дает основание для дальнейшего развития этого направления. Для получения убедительных доказательств клинической эффективности тФБМ в терапии депрессивных расстройств необходимо определение оптимальных модальностей оптического излучения, уточнение целевых зон воздействия, и продолжительности терапии с последующим проведением многоцентровых клинических рандомизированных плацебо-контролируемых исследований.

Список литературы:

1. Askalsky P., Iosifescu DV. Transcranial Photobiomodulation For The Management Of Depression: Current Perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2019. – 15 3255 – 3272 doi: 10.2147/NDT.S188906
2. Cassano P, Petrie SR, Mischoulon D, Cusin C, Katnani H, Yeung A, De Taboada L, Archibald A, Bui E, Baer L, Chang T, Chen J, Pedrelli P, Fisher L, Farabaugh A, Hamblin MR, Alpert JE, Fava M, Iosifescu DV. Transcranial Photobiomodulation for the Treatment of Major Depressive Disorder. The ELATED-2 Pilot Trial. // *Photomed Laser Surg.* – 2018. – Dec. 36 (12). – P. 634 – 646. doi: 10.1089/pho.2018.4490. Epub 2018 Oct 20.
3. De Freitas LF, Hamblin MR. Proposed Mechanisms of Photobiomodulation or Low-Level Light Therapy. // *IEEE Journal of Selected Topics in Quantum Electronics.* – 2016. – 22:7000417. doi: [10.1109/JSTQE.2016.2561201](https://doi.org/10.1109/JSTQE.2016.2561201)
4. Hamblin MR. Mechanisms and Mitochondrial Redox Signaling in Photobiomodulation. // *Photochem Photobiol.* – 2018. – Mar. 94 (2). P. 199 – 212. doi: 10.1111/php.12864.
5. Harper DG, Joe EB, Jensen JE, Ravichandran C, Forester BP. Brain levels of high-energy phosphate metabolites and executive function in geriatric depression // *Int J Geriatr Psychiatry.* – 2016. – 31 (11). – P. 1241 – 1249. doi:10.1002/gps.v31.11
6. Henderson TA, Morries LD. Multi-watt near-infrared phototherapy for the treatment of comorbid depression: an open-label single-arm study // *Front Psychiatry.* – 2017. – 8:187. doi:10.3389/fpsy.2017.00187
7. Hennessy M, Hamblin MR. Photobiomodulation and the brain: a new paradigm // *J Opt.* – 2017. Jan.19 (1) : 013003. doi:[10.1088/2040-8986/19/1/013003](https://doi.org/10.1088/2040-8986/19/1/013003)
8. Mohammed HS. Transcranial low-level infrared laser irradiation ameliorates depression induced by reserpine in rats // *Lasers Med Sci.* – 2016. – 31 (8). – P. 1651 – 1656. doi:10.1007/s10103-016-2033-5
9. Salehpour F, Farajdokht F, Cassano P, Sadigh-Eteghad S, Erfani M, Hamblin MR, Salimi MM, Karimi P, Rasta SH, Mahmoudi J. Near-infrared photobiomodulation combined with coenzyme Q (10) for depression in a mouse model of restraint stress: reduction in oxidative stress, neuroinflammation, and apoptosis // *Brain Res Bull.* – 2019. – Jan. 144. – P. 213 – 222. doi: 10.1016/j.brainresbull.2018.10.010



10. Villa RF, Ferrari F, Gorini A, Brunello N, Tascetta F. Effect of desipramine and fluoxetine on energy metabolism of cerebral mitochondria // Neuroscience. – 2016. – 330. – P. 326 – 334. doi:10.1016/j.neuroscience. 2016.05.051



УДК 616.89-084

ПРИМЕНЕНИЕ КИНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Бобык О.А.^{1,2}, Рачкаускас Г.С.^{1,2}, Соболева Е.Н.¹,
Радионова С.И.^{1,2}, Кондуфор О.В.²

Государственное учреждение «Луганская республиканская клиническая
психоневрологическая больница»¹

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки»²

Кафедра психиатрии и наркологии
г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. Психиатры, медицинские психологи и психотерапевты на сегодняшний день активно реализуют широкий спектр различных форм и методов реабилитационной работы. Проводятся психообразовательные программы, тренинги социальных навыков и проблемно-разрешающего поведения, развития когнитивных, социальных и коммуникативных навыков, различные методики арт- и трудотерапии [4].

Поскольку понятие ремиссии при шизофрении включает в себя не только ослабленную психопатологическую симптоматику, но и уменьшение негативной симптоматики, личностных изменений, коррекцию личностных реакций приспособления и отношения к болезни, в настоящее время все больше внимания уделяется адаптации пациентов после обострения болезни и степени восстановления их функционирования в различных сферах жизни (профессионально-трудовой, семейной, бытовой, сексуальной и др.).

Эффективность такого комплексного, биопсихосоциального подхода уже отражена в большинстве современных научных исследований и в последние годы приобрела значение как всеобъемлющий процесс последовательного восстановления психически больных и интеграцию их в общество. При этом особое внимание обращено к повышению уровня социального функционирования («functional» recovery), которое является на сегодняшний день одним из критериев выздоровления для больных шизофренией, а его параметры – наиболее универсальными показателями благополучия пациента и уровня его адаптации в окружающей среде [5].

В работе зарубежных специалистов выбору реабилитационных стратегий предшествует всестороннее обследование пациента, проводимое членами реабилитационной бригады, включающей врача-психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, социального работника и труд-инструктора. На основе проведенного исследования определяется реабилитационный потенциал пациента (с учетом его сохранных и нарушенных функций), прогнозируются проблемы функционирования в реальной жизни, составляется реабилитационная



программа, с указанием восстановления нарушенных функций у конкретного пациента [1].

В настоящее время популярным становится применение кинотерапии в комплексе психореабилитационных мероприятий у психически больных. Фильм, оказывая влияние на мысли, убеждения и пережитые события, становится причиной возникновения самых разнообразных эмоций, поскольку все функциональные компоненты – сценарий, прописанные диалоги, музыка, визуальный ряд – несут колоссальную информационную и психологическую нагрузку. В процессе просмотра происходит идентификация с одним или несколькими героями, устанавливается эмоциональная связь с ними, бессознательное либо осознанное принятие их нравственных, моральных, общечеловеческих ценностей в психическую реальность пациента [2]. Существенным преимуществом фильмов перед книгами является использование совокупности различных модальностей: музыки, цвета, яркости изображений, динамики развертывания сюжета перед глазами зрителя, что позволяет говорить о глубинном эмоциональном уровне воздействия. Воссоздание истории позволяет не только прочувствовать идею, задуманную автором, но и дает широкие возможности личностного осмысления и интерпретации увиденного. Атмосфера кинотерапевтических групп, несмотря на то, что большинство пациентов испытывают трудности в общении и дефицит эмпатии, дает возможность оценить роль высших эмоций в жизни человека, а также ощутить такие важные в реабилитации состояния, как безопасность, доверие и поддержка [3].

Цель исследования. Изучение применения психотерапевтических методик в комплексной реабилитации больных шизофренией, в частности – применение кинотерапии и оценка ее влияния на негативную симптоматику.

Материал и методы. Нами было обследовано 50 больных шизофренией в возрасте от 30-ти до 42-х лет, с давностью заболевания до 5-ти лет, среди них – 20 мужчин и 30 женщин. На момент исследования все больные проходили 2-й этап стабилизирующей терапии с формированием медикаментозной ремиссии. У всех пациентов отсутствовала продуктивная симптоматика и наблюдались негативные симптомы в виде эмоционального обеднения, аутизации, снижения эмпатии, у 10-ти пациентов – неадекватность эмоций.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический, включающий опрос больного, анализ субъективного и объективного анамнеза. Изучались лабораторные данные и данные объективного осмотра. Из экспериментально-психологических методик применялись: шкала негативной психопатологической симптоматики SANS, шкала эмоционального отклика Меграбяна и Эпштейна, шкала социального функционирования PSP, метафорические ассоциативные карты.

Шкала негативной психопатологической симптоматики SANS заполняется в баллах кураторами в процессе сеанса и включает оценку уплощения и



ригидности аффекта, нарушений речи, апато-абулических расстройств, ангеоднии-асоциальности и внимания.

Методика «Шкала эмоционального отклика» позволяет проанализировать общие эмпатические тенденции испытуемого, уровень способности к эмоциональному отклику и адекватность переживаний. Объектами эмпатии выступают социальные ситуации и люди, которым испытуемый мог сопереживать в повседневной жизни. Опросник состоит из 25 суждений закрытого типа – как прямых, так и обратных. Испытуемый должен оценить степень своего согласия или несогласия с каждым из них. Шкала ответов (от «полностью согласен» до «полностью не согласен») дает возможность выразить оттенки отношения к каждой ситуации общения.

Шкала социального функционирования PSP включают в себя: социально полезную деятельность, учитывая работу и учёбу; отношения с близкими и прочие социальные отношения; самообслуживание, возбуждённое или агрессивное поведение. Предлагается принимать во внимание уровни функционирования и в других областях, таких как отношение к собственному здоровью или навыки пользования инструментами. Применение шкалы PSP в научных исследованиях в настоящее время становится все более популярным, поскольку нарушение социального функционирования считается одной из важных характеристик тяжести течения психического заболевания, а меры, направленные на улучшение данного показателя, оказывают положительное влияние на отдаленные исходы болезни. Сегодняшняя версия PSP представляет собой 100-балльную рейтинговую шкалу, разделённую на 10 равных интервалов. Оценка свыше 70 относится к лёгким затруднениям, диапазон от 31 до 70 демонстрирует различную степень нарушений, а оценка ниже 30 показывает, что функционирование пациента настолько нарушено, что ему требуется посторонняя помощь и интенсивное наблюдение.

Метафорические ассоциативные карты представляют собой набор специальных картинок в виде карт, которые используются как средство консультирования, психотерапии и улучшения общения. Официальная или традиционная расшифровка изображений отсутствует, а указания, прилагаемые к набору карт, стимулируют воображение и личные интерпретации пациентов. Обычно эти изображения представляют собой маленькие рисунки, специально созданные различными художниками. Это может быть набор с изображениями людей, событий, природы, абстрактных образов или слов, объединённых одной темой и идеей автора. Каждая колода содержит инструкцию с описанием и рекомендациями для работы. В нашем исследовании метафорические карты применялись как вспомогательная методика, с целью оценки высших эмоций и наличия различных искажений эмоционального реагирования.

После предварительного обследования, все пациенты принимали участие в сеансе кинотерапии. С больными проводилось 3 сеанса в неделю, в течение 1-го месяца, со специальным подбором роликов, способствующих развитию



эмпатии, сопереживанию, осознанию необходимости учиться и развиваться как личность, работать над проявлениями болезни.

Результаты и их обсуждение. При первичном обследовании пациентов, выраженность негативной симптоматики, согласно шкале SANS у 40 больных соответствовала умеренным нарушениям, у 10-ти пациентов – легким; по шкале эмоционального отклика 15 пациентов имели низкий уровень эмпатии; по шкале PSP все пациенты имели различные нарушения социального функционирования; при работе с метафорическими картами была выявлена неадекватность эмоций у 10-ти пациентов.

После прохождения курса кинотерапии, математическая обработка динамики исследуемых показателей пациентов выявила положительные сдвиги по большинству изучаемых параметров. В частности, произошло улучшение по шкале SANS на 5 – 10 баллов у 40-ка больных, по шкале эмоционального отклика – на 10 – 25 баллов у 35-ти больных и по шкале PSP – на 5 – 10 баллов у 20-ти пациентов. У 10-ти пациентов не наблюдалось положительной динамики.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что применение психотерапевтических методик, в частности кинотерапии, является важной составляющей комплексной биопсихосоциальной реабилитации больных шизофренией. Использование данной методики способствует улучшению социального функционирования больных и снижению выраженности негативной симптоматики.

Список литературы:

1. Абрамов В.А. Об интегративном подходе к разработке концепции шизофрении и психосоциальной реабилитации больных / В.А. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – 21(1). – С. 3 – 11.
2. Захарова Е.И. Кинотерапия: современный взгляд на возможности применения / Е.И. Захарова // Национальный психологический журнал. – 2018. – 2(30). – С. 57 – 63.
3. Зорина Е.А. Роль кино в формировании толерантного отношения в общественном сознании к людям с психическими расстройствами. / Е.А. Зорина // Молодой ученый. – 2017. – 1(1). – С. 47 – 51.
4. Исаева Е.Р. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы. / Е.Р. Исаева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – 27(1). – С. 83 – 90.
5. Осокина О.И. Возможности медикаментозного лечения и психотерапии в потенцировании ремиссии у пациентов на ранних стадиях шизофрении / О.И. Осокина // Международный неврологический журнал. – 2015. – 5(75). – С. 116 – 124.



УДК 616.895:616.831

АНАЛИЗ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СПЕКТРА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Бондарь Р.Б.², Рачкаускас Г.С.^{1,2}, Кондуфор О.В.²,
Бобык О.А.^{1,2}, Радионова С.И.^{1,2}

Государственное учреждение «Луганская республиканская клиническая
психоневрологическая больница»¹

Государственное учреждение «Луганский государственный
медицинский университет имени Святителя Луки»²

Кафедра психиатрии и наркологии
г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. Термин «сосудистая деменция» обозначает ряд относительно самостоятельных форм патологии, имеющих собственный патогенез, клинико-морфологические и нейровизуализационные характеристики [1,2,3,4]. Установлено, что в формировании депрессивной симптоматики принимают участие социальные, личностные и другие факторы. К таким факторам относят возраст, пол, тяжесть и локализацию очагов повреждения, степень инвалидизации пациента, его преморбидные особенности личности, наличие когнитивных нарушений, проживание в одиночестве. Когнитивные и аффективные расстройства обычно в большей степени влияют на исход сосудистой патологии [5].

Цереброваскулярная патология является одной из наиболее встречающихся проблем, связанных со здоровьем. Следствием развития этой патологии являются такие психические симптомы, как когнитивные нарушения и множественные аффективные расстройства, ведущими из которых являются тревожные и депрессивные симптомы. Наличие аффективной (в частности депрессивной) симптоматики способно в значительной степени оказывать влияние на когнитивные функции, вызывать нейрокогнитивный дефицит. Значимость этих расстройств следует рассматривать в контексте социального функционирования лиц с цереброваскулярной патологией. Необходимость раннего выявления, проведения патогенетической терапии бесспорна, и способна обеспечить сохранение не только социального статуса пациентов, но и в значительной степени влиять на качество жизни в целом.

Цель исследования. Изучение прогноза при различных вариантах депрессии у пациентов с цереброваскулярной патологией.

Материал и методы. Проведено обследование 74-х больных с цереброваскулярной патологией, средний возраст которых составил $37,4 \pm 3,7$ лет.

В ходе исследования были использованы: экспериментально-психологические методы (шкала депрессии Гамильтона, тест Спилбергера-



Ханина для определения уровня тревожности), клинико-психопатологические и инструментальные методы (компьютерная и магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография, электрокардиография, эхокардиография). Помимо этого, изучены анамнестические данные и катамнез заболевания. Статистическая обработка данных проводилась в программе STATISTICA 12.5.

Результаты и их обсуждение. Из 74-х пациентов: у 35-ти были выявлены тревожные расстройства, у 27-ми отмечались депрессивные расстройства, у 12-ти наблюдались ипохондрические расстройства.

В группе пациентов с тревожным расстройством (35 человек) получены следующие результаты. У 82% пациентов симптоматика начиналась исподволь: на первый план выступали нарушения сна, а именно, в 56% случаев затруднялось засыпание, в 35% случаев – могли заснуть только после приема снотворных, 9% пациентов засыпали после длительных изнурительных прогулок перед сном. Все пациенты по утрам просыпались достаточно рано, на 2 – 3 часа раньше, чем до заболевания. При пробуждении в 54% случаях больные испытывали немотивированную тревогу. В 47% случаев ранние пробуждения были также связаны с изменением барометрического давления, погодных условий. В 79% случаев больных беспокоили головные боли, в том числе по ночам – 60% пациентов. У 49% пациентов головные боли были настолько интенсивными, что вызывали пробуждение. Головные боли потенцировали тревогу, а тревога провоцировала ощущение головных болей и ранние пробуждения, то есть, возникал порочный круг. Даже у прежде сдержанных лиц появлялись ранее не свойственные им: раздражительность – 65% случаев, вспыльчивость – 40%, гневливость – 39%, раздражительная слабость – 37% случаев. Большая часть обследуемых этой группы (58%) критически относилась к изменениям своего характера, пыталась бороться с ними. Немотивированная тревога способствовала психическому истощению больных.

По результатам 3-х лет наблюдения за данной группой выявили следующее: невысокий уровень трансформации тревожных сосудистых расстройств в деменцию – 2 человека (6%).

В группе пациентов с депрессивными расстройствами (27 человек) установлено следующее. В достаточно раннем возрасте фиксировались подъемы артериального давления (АД). Сначала подъемы АД расценивали как гипертонический вариант вегетососудистой дистонии, а затем, в связи с учащением и переходом гипертонии в постоянный характер, как гипертоническую болезнь. В последующем, как правило, спустя 3 – 5 лет от начала заболевания, пациенты все чаще страдали от меланхолии. К 45 – 50 годам пониженное настроение начинало сопровождаться суицидальными мыслями, предсердной тоской, бессонницей, ипохондрическими и навязчивыми идеями. В 37% случаев понижение настроения носило мрачный, угрюмый характер. Информация, получаемая из разных источников, расценивалась как негативная, пессимистически окрашенная. Происходившие изменения в психической деятельности вызывали серьезные затруднения в коммуникации, что выявляло



определенное снижение социальной активности. В дальнейшем пациенты усматривали четкую взаимосвязь между подъемом артериального давления и депрессивной симптоматикой. При этом (до 7% случаев) у пациентов депрессивные расстройства достигали психотического уровня с суицидальными проявлениями.

По результатам 3-х лет наблюдения за данной группой выявили следующее: достаточно низкую трансформацию депрессивных сосудистых психозов в деменцию – 3 человека (11%).

В группе пациентов с ипохондрическими расстройствами (12 человек) наблюдалось следующее. При повышении артериального давления у пациентов данной группы ипохондрическая симптоматика усиливалась, появлялись фобические расстройства, вплоть до страха смерти. Поведение носило характер избегания и ухода в болезнь. По истечению определенной продолжительности болезненного состояния (порядка 5 – 7 лет) на основной симптомокомплекс происходило наслаивание не свойственных ранее черт личности, которые проявлялись эмоциональной лабильностью, излишней раздражительностью, вплоть до приступов гнева и немотивированной агрессии, сменяющиеся затем приступами плача.

По результатам 3-х лет наблюдения за данной группой установлено, что ни в одном из наблюдаемых случаев трансформации в деменцию не произошло.

Выводы. При церебральной патологии психопатологические проявления полиморфны и многообразны. Чаще всего имеет место тревожная и депрессивная симптоматика. Наиболее раннее выявление психических расстройств и проведение специфической патогенетической терапии, которая будет направлена на все звенья патогенеза заболевания, обеспечит благоприятный прогноз течения заболевания. Результаты, полученные в ходе нашего исследования, свидетельствуют о достоверной взаимосвязи между частотой повышения артериального давления и уровнем психопатологической симптоматики.

Список литературы:

1. Вознесенская Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях / Т.Г. Вознесенская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2009. – 2. – С. 9 – 13.
2. Нуралиева Н.Ф. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания / Н.Ф. Нуралиева, Д.А. Напалков // Вестник РАМН. – 2014. – 9. – С. 9 – 10.
3. Chamberlain A.M. Depression, healthcare utilization, and death in heart failure: a community study. / A.M. Chamberlain, N.D. Shah, K.S. Vickers etc. // Circulation: Heart Failure. – 2013. – 6 (3). – P. 387 – 394.
4. Michal M., Wiltink J., Lackner K., Wild P.S. Zwiener I., Blettner M., Münzel T., Schulz A., Kirschner Y., Beutel M.E. Association of hypertension with depression in the community: results from the Gutenberg Health Study. – J. Hypert. – 2013. – 3 (5). – P. 893 – 899.



5. Jackson C.A. Depression and risk of stroke in midaged women: a prospective longitudinal study / C.A. Jackson, G.D. Mishra // Stroke. – 2013. – 44 (6). – P. 1555 – 1560.



УДК 616.858-008.6

ПОСТУРАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Бубликова А.М., Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Сохина В.С., Максименко О.Л.

Государственная образовательная организация

высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Кафедра неврологии и медицинской генетики

г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. Изменения поструральных рефлексов в настоящее время рассматриваются как одни из основных клинических проявлений болезни Паркинсона (БП) наряду с тремором, ригидностью и гипокинезией. Постуральные рефлексы участвуют в регуляции стояния, ходьбы и являются произвольными, как и все другие рефлексы, при БП они снижены, либо вовсе отсутствуют [1,5].

Среди поструральных нарушений можно выделить такие крайние проявления, как камптоцефалия (синдром «свисающей головы»), тоническое латеральное сгибание туловища (синдром «пизанской башни») и камптокормия (синдром «согнутой спины»). Эти симптомы значительно инвалидизируют пациентов, приводят к нарушению передвижения и самообслуживания [2]. Две первые формы более характерны для мультисистемной атрофии с паркинсоническим синдромом, в то время как камптокормия встречается в основном при БП [3].

Камптокормия (КК) – клинический феномен, проявляющийся значительным произвольным наклоном туловища кпереди. КК возникает и нарастает при ходьбе, исчезает или уменьшается в положении лежа, приводит к вынужденной позе, нарастанию поструральной нестабильности и увеличивает риск падений при БП, часто сопровождается выраженным болевым синдромом. Изначально КК считали крайним вариантом характерной позы при БП, возникающей вследствие ригидности мышц туловища [2,6]. В последующем предположили, что КК может быть связана с миопатическими изменениями (Shabitz W.R., Glatz K., Schuhan C. et al., 2003) или является одной из форм сегментарной дистонии при БП (Lass P. et al., 2003). Следует отметить, что различные концепции патогенеза КК при БП по своему содержанию не противоречат друг другу, а скорее отражают его отдельные звенья [3,7].

Данные о распространённости и частоте КК при БП противоречивы: от 3,5% (Fan W. et al., 2009) до 27,3% (Weintraub D. et al., 2006). Существуют различные мнения о влиянии леводопатерапии на КК. Описаны случаи, когда КК развивается спустя несколько лет после назначения препаратов леводопы, однако также отмечалось множество наблюдений, когда развитие КК предшествовало назначению дофаминергической терапии [3,4]. Некоторые авторы утверждают, что КК развивается у пациентов с хорошим ответом на



леводопатерапию (Ho В., Prakash R., Morgan J.C., Sethi K.D, 2004). По мнению ряда ученых, коррекция дофаминергической терапии приводит к снижению выраженности КК (Prakash R., Morgan J.C.) [4]. В литературе недостаточно внимания уделяется клиническим проявлениям КК; противоречивы данные о связи с клиническими параметрами БП; не изучено влияние КК на выраженность нарушений ходьбы и постуральную нестабильность. Остается неясным влияние КК на повседневную активность и качество жизни больных. В связи с этим представляется важным проведение комплексного исследования КК у больных БП с последующим определением подходов к коррекции данного синдрома, что позволит улучшить качество жизни больных БП и их родственников [6,7].

Цель исследования. Изучить клинические проявления синдрома КК при БП и его влияние на качество жизни больных.

Материал и методы. В исследование было включено 90 больных БП, которых мы разделили на две группы. Основную группу составили 70 больных БП с КК, средний возраст которых был $68,9 \pm 7,8$ лет (от 53-х до 86-ти). В группу сравнения вошли 20-ть пациентов с БП без КК. Группа сравнения соответствовала основной по возрасту, полу, продолжительности заболевания и степени тяжести. Средняя степень тяжести по шкале Хен – Яру составила $3,4 \pm 0,7$ баллов, средняя продолжительность БП – $9,9 \pm 5,6$ лет. У 46-ти (66%) больных отмечалась смешанная форма заболевания, у 19-ти (27%) – акинетико-ригидная форма, дрожательно-ригидная форма наблюдалась у 5-ти (7%) больных.

У большинства пациентов (65,7%) преобладал медленно прогрессирующий тип течения КК – постепенное начало в течение 1 – 6 месяцев и нарастание КК на протяжении нескольких лет.

Для оценки степени тяжести БП использовалась шкала Хен – Яра в модификации Линдвалла (Hoehn, Jahr, 1967; Lindvall et al., 1987); для оценки выраженности основных симптомов БП – унифицированная рейтинговая шкала БП (Unified Parkinsons Disease Rating Scale – UPDRS, Fahn. et al., 1987); для оценки постуральной нестабильности – шкала Берга (Berg et al., 1992), шкала Тиннети (Tinetti et al., 1986), шкала нарушений ходьбы и равновесия (Gait and Balance Scale, Jancovic, 2002); для оценки повседневной активности больных – шкала Schwab и England (1967); для оценки качества жизни больных БП – шкала PDQ-39 (Peto et al., 1995); для оценки степени выраженности КК, болевого синдрома – опросник КК (Margraf et al., 2010); влияние дофаминергических препаратов на выраженность КК оценивалось с помощью дневника Хаузера (Hauser et al., 2004); рентгенологический, компьютерный (КТ) и магнитно-резонансный (МРТ) методы диагностики позвоночника.

Результаты и их обсуждение. Средняя длительность КК составила $3,6 \pm 3,0$ лет. В общей группе преобладали пациенты с возрастом дебюта БП от 51-го до 60-ти лет, в то время как КК возникала преимущественно у пациентов в возрасте от 61-го до 70-ти лет. У 55-ти (78,6%) больных отмечался наклон вперед, у 15-ти (21,4%) – сочетание наклона вперед с наклоном в стороны.



Тораколюмбальный угол составил $63,5 \pm 17,2$ градусов, цервикокраниальный угол – $43,2 \pm 22,5$ градусов. Болевой синдром наблюдался у 62-х (88,6%) больных. У 53-х (75,7%) больных отмечалась четкая связь между появлением болевого синдрома в позвоночнике и началом развития КК. Болевой синдром был представлен в виде корешковой симптоматики у 20-ти (32,2%) пациентов, в виде мышечно-тонического синдрома – у 37-ми (59,7%), у 5-ти (8,1%) пациентов наблюдалось сочетание корешкового и мышечно-тонического синдромов. Выраженность болевого синдрома оценивалась по опроснику КК и составила $54,9 \pm 24,5\%$. Вертеброгенный анамнез был выявлен у 46-ти (66%) пациентов в виде компрессионных переломов тел поясничных позвонков (на фоне остеопороза), протрузий и грыж межпозвоночных дисков на пояснично-крестцовом уровне, подтвержденных методов КТ и МРТ; имелись также проявления остеохондроза, деформирующего спондилоартроза и остеопороза, подтвержденные данными рентгенографии грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. У 44-х (62,9%) пациентов КК возникала в положении сидя, у 21-го (30%) – сразу при приеме вертикального положения, у 2-х (2,9%) – после прохождения 50 м, у 3-х (4,3%) – только после значительной нагрузки в вертикальном положении. У 54-х (77,1%) пациентов КК наблюдалась в течение всего дня, у 4-х (5,7%) – только в течение нескольких часов в дневное время, у 12-ти (17,1%) – возникала только вечером. КК вызывала ограничение повседневной активности на $51,6 \pm 25,6\%$. Факторами, усиливающими проявления КК, были статические нагрузки (2,9%), в 10% – стрессовые ситуации; физические нагрузки провоцировали развитие КК у 40 (57,1%) больных; стрессовые и физические нагрузки вместе вызывали ухудшение КК у 6-ти (8,6%) больных.

Для коррекции КК 10-ть (14,3%) пациентов использовали корсет; одному (1,4%) – помогло ношение заплечного рюкзака; применение рюкзака и корсета были эффективны в одном случае (1,4%), в то время как 58-мь (82,9%) пациентов не использовали корригирующие приемы для уменьшения выраженности КК. Тридцать шесть (37,1%) пациентов с КК использовали при ходьбе трость, 4 (5,7%) были вынуждены использовать ходунки; сочетание трости и ходунков использовали 4 (5,7%) пациента, 26-ть (37%) пациентов не нуждались в помощи при ходьбе. Падения наблюдались у 29-ти (41,4%) пациентов.

Общая сумма баллов по шкале повседневной активности Schwab и England составила $68,3 \pm 19,5$ баллов в основной группе и $72,0 \pm 15,8$ баллов в группе сравнения; по шкале выраженности основных симптомов БП (UPDRS) – $54,7 \pm 17,9$ баллов в основной группе и $53,2 \pm 18,9$ баллов в группе сравнения; по шкале оценки качества жизни больных БП PDQ-39 – $106,0 \pm 21,3$ баллов в основной группе и $100,1 \pm 25,3$ баллов в группе сравнения.

У 58-ми (82,9%) больных четкой связи между появлением КК и началом приема дофаминергических препаратов не отмечалось, только у 18-ти (25,7%) больных выявлена четкая связь появления КК с началом дофаминергической терапии.



У 27-ми (38,6%) больных отмечалось ухудшение позы в off-периоде, у 8-ми (11,4%) – в утренние часы после ночного перерыва в приеме препаратов отмечалось явное ухудшение позы, нивелирующееся в дневное время. Тридцати пяти пациентам с БП, у которых отмечалось нарастание «позных» расстройств в период выключения и в утренние часы, для удлинения эффекта однократной дозы леводопы и стабилизации концентрации препарата в крови был назначен комбинированный препарат леводопа/карбидопа/энтакапон в средней суточной дозе 610 мг. Применение такого препарата, включающего ингибитор фермента катехол-О-метилтрансферазы (КОМТ) – энтакапон, является одним из конструктивных подходов к улучшению эффективности леводопатерапии. Процесс метилирования леводопы происходит на периферии (в желудочно-кишечном тракте и в кровеносном русле) и в головном мозге. При этом КОМТ отвечает за 10% катаболизма леводопы на периферии. Метилирование может быть заторможено путем назначения ингибитора КОМТ периферического действия энтакапона (рис.1).

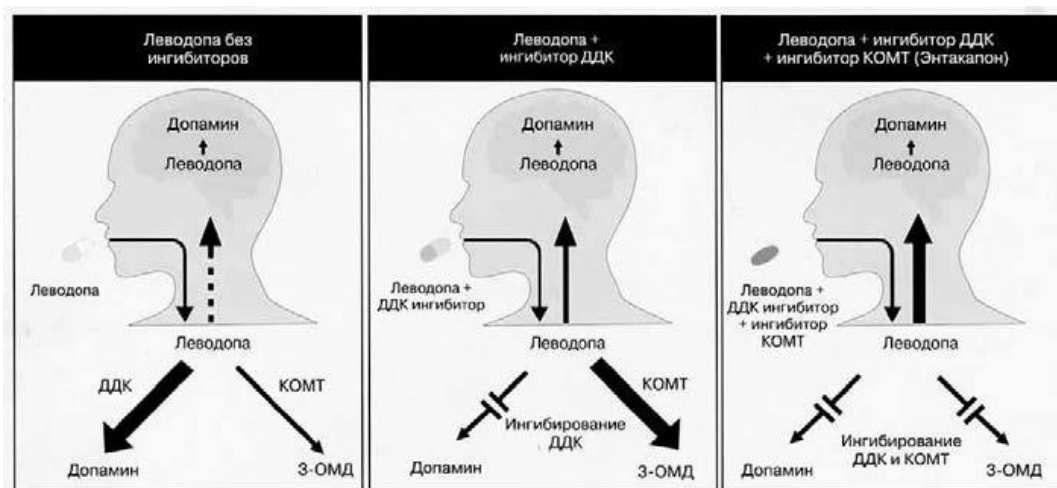


Рисунок 1. Оптимизация фармакокинетики леводопы

Ингибиторы КОМТ увеличивают биодоступность леводопы, уменьшая уровень ее неактивных метаболитов (рис. 1). Энтакапон не проходит гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) и препятствует метилированию леводопы в желудочно-кишечном тракте и кровеносном русле, благодаря чему сохраняется более высокий уровень леводопы, которая после прохождения ГЭБ служит материалом для синтеза дофамина в головном мозге. На фоне приема энтакапона период полужизни леводопы удлиняется на 25 – 75% (рис. 2).

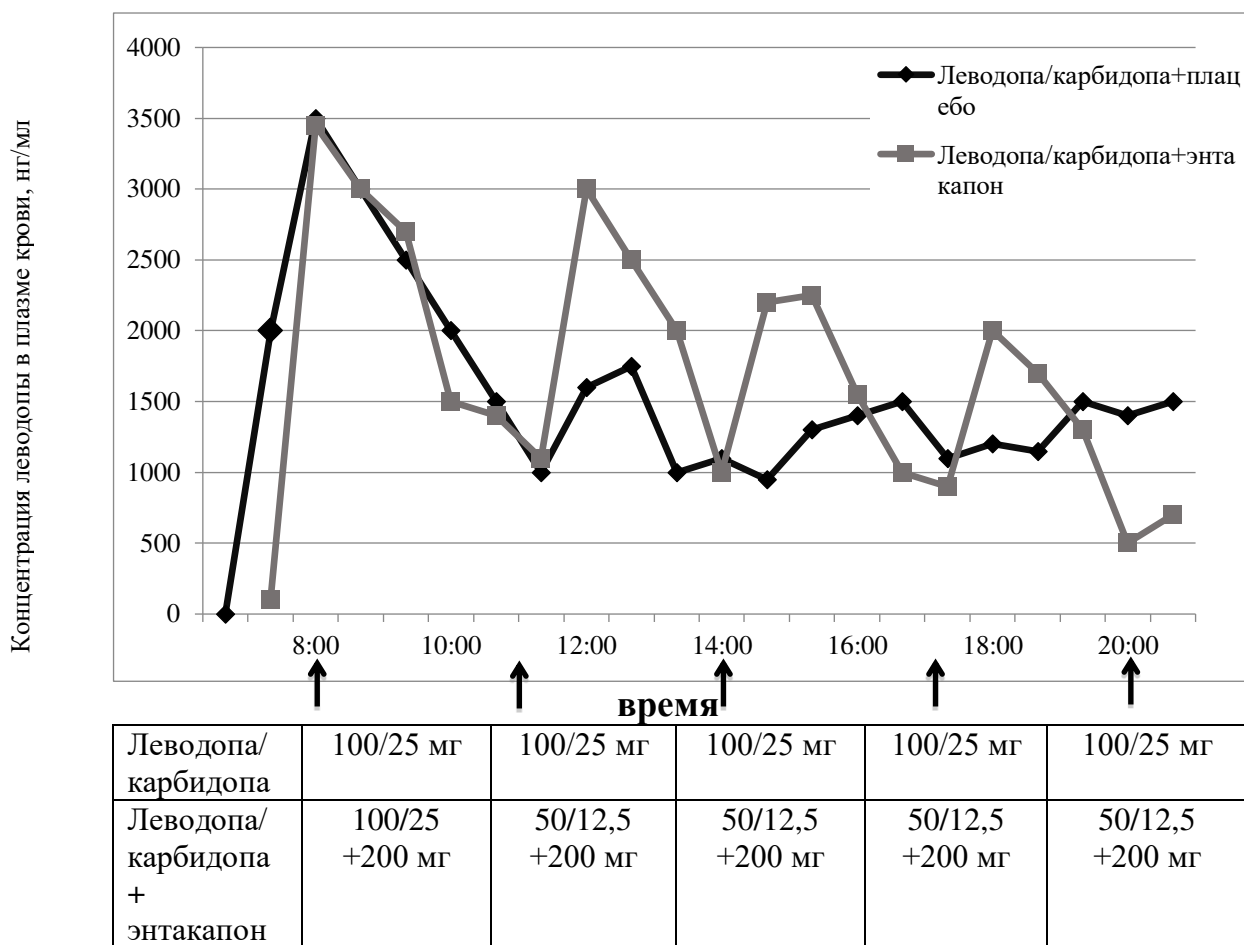


Рисунок 2. Изменение периода полужизни леводопы в плазме при добавлении энтакапона

Назначение комбинации леводопасодержащих препаратов с ингибиторами КОМТ больным БП с ухудшением «позных» расстройств в период окончания действия дозы леводопы позволило снизить выраженность тораколумбального угла на 10% и болевого синдрома – на 35%, и, тем самым, улучшить качество периода «выключения». Данная терапия позволила значительно уменьшить выраженность моторных флуктуаций.

Выводы. Таким образом, согласно клиническим наблюдениям, у большинства пациентов наблюдалась КК в течение дня даже в положении сидя (62,9%), в течение всего дня (77,1%), ухудшение КК отмечалось после физической нагрузки или стресса (57,1% и 10% соответственно). Использовали для передвижения трость (37,1%); некоторые из-за тяжести КК даже вынуждены были использовать ходунки (5,7%). Более отдаленным последствием КК являлись нарастание постуральной нестабильности и увеличение частоты падений. У большинства пациентов БП с КК наблюдались боли в спине (88,6%) и имелся предшествующий вертеброгенный анамнез (66%). В значительном большинстве случаев КК была более инвалидизирующим фактором для пациентов, чем классические двигательные симптомы БП. У



25,7% пациентов выявлена четкая связь между появлением КК и началом дофаминергической терапии. У 51,4% больных отмечалась четкая зависимость степени выраженности КК от моторных флюктуаций: ухудшение в период выключения действия дофаминергических препаратов зафиксировано у 38,6% больных; у 11,4% пациентов отмечалось ухудшение позы в утренние часы. В данном исследовании выявлена эффективность трехкомпонентного препарата леводопа/карбидопа/энтакапон в лечении «позных» расстройств (дистонии мышц туловища) периода окончания дозы за счет стабилизации концентрации леводопы в крови и удлинения периода ее полужизни в плазме.

Список литературы:

1. Бубликова А.М., Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Сохина В.С. Этиология и патогенез болезни Паркинсона – взгляд на проблему сегодня // Университетская клиника. – Том 12. – №2. – 2016. – С. 67 – 69.
2. Гамалея А.А., Федорова Н.В., Томский А.А. и др. Камптокормия при болезни Паркинсона: клинические и патогенетические аспекты // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2012. – Том 6. – №4. – С. 10 – 16.
3. Орехова О.А., Федорова Н.В., Гамалея А.А. Камптокормия при болезни Паркинсона // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113 (7 – 2). – С. 13 – 17.
4. Статинова Е.А., Бубликова А.М., Коценко Ю.И., Сохина В.С. Современные подходы к лечению болезни Паркинсона // Университетская клиника. – Том 12. – №1. – 2016. – С. 94 – 101.
5. Benatru I., Vaugoyeau M., Azulay J.P. Postural disorders in Parkinson's disease // Neurophysiol Clin. – 2008. – Т. 38. – №6. – P. 459 – 465.
6. Doherty K.M., van de Warrenburg B.P., Peralta M.C. et al. Postural deformities in Parkinson's disease // Lancet Neurol. Elsevier Ltd. – 2011. – Vol. 10. – №6. – P. 538 – 549.
7. Tiple D., Fabbrini G., Colosimo C., Ottaviani D., Camerota F., Defazio G., Berardelli A. Camptocormia in Parkinson disease: an epidemiological and clinical study // Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. – 2009 Feb. – Vol. 80 (2). P. 145 – 148.



УДК 796

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИКЛАДНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Винник Н.Н.¹, Дмитриенко Н.А.¹, Филатов А.В.²,
Паначев В.Д.^{2,3}, Истомина С.П.²

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

«Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет»¹
Кафедра физического воспитания

Федеральное государственное казенное военное образовательное учреждение
высшего образования «Пермский военный институт войск
национальной гвардии Российской Федерации»²

Кафедра физической подготовки и спорта

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Пермский национальный исследовательский
политехнический университет»³

Кафедра физической культуры
г. Пермь, Российская Федерация

Актуальность темы. Возвращение к нормальной жизни после заболеваний и травм невозможно без специализированной реабилитационной прикладной физической культуры, адаптивной физкультуры. В наши дни это особенно актуально. На протяжении веков доказывается, что именно определенные физические упражнения способствуют развитию функциональных систем организма, повышают общий уровень здоровья, иммунитет, во время пандемии, способность к адаптации, стимулируют умственную деятельность. Также нельзя не отметить положительное влияние занятий физкультурой и спортом на развитие личности. Многолетние исследования показывают, что физический потенциал человека формируется, прежде всего, в первые два десятилетия. Именно в этот период нужно добиться, возможно, более высокого для каждого человека уровня развития физических качеств.

Цель исследования. Определить возможности прикладной физической культуры для реабилитационного периода после заболеваний и травм.

Материал и методы. Использование теории и методики прикладной физической культуры для определения реабилитационных возможностей в период адаптации к полноценной активной жизни после перенесенных заболеваний и травм. Несомненно, что выявление новых оздоровительных эффектов использования средств физической культуры повысит качество внутреннего потенциала, заложенного природой у каждого из нас [1]. В условиях неблагоприятных экологических воздействий во многих регионах России



физическая культура может стать и важным средством повышения иммунологических возможностей организма после ранений и травм.

Результаты и их обсуждение. Важнейшим механизмом природы, закрепляющим нужные, полезные стереотипы и разрушающим уже ненужные являются подвижные игры. Они свойственны всем живым существам и наиболее востребованы в детстве. Но играют не только дети. Деловые и ролевые игры эффективно применяются в учебной, производственной и исследовательской сферах, способствуют разрешению конфликтных ситуаций. Современная система образования и воспитания ставит перед высшей школой новые задачи – развитие потенциальных возможностей будущих специалистов, активное вовлечение их в процесс обучения, развитие профессиональной мотивации, интеллектуальной автономности и социально-психологической компетентности студентов. В реализации целей образования наиболее эффективной можно считать стратегию активного обучения. Традиционные в учебном процессе лекции и семинарские занятия уделяют больше внимания передаче информации и усвоению ее студентом; преподаватели сосредоточены на развитии фундаментальных навыков у обучающихся. Использование же активных методов обучения предполагает организацию процесса конструирования знания во взаимодействии студента с преподавателем, с другими студентами, а также соотнесение полученных знаний и своего опыта с культурным наследием. Это особенно относится к прикладной физической культуре. Основными характеристиками активного метода обучения являются: заинтересованность и желание студентов участвовать в обсуждении проблем реабилитации; наличие обратной связи; индивидуальная ответственность каждого студента; возможность каждого высказать свое мнение и проявить умения; благоприятная психологическая атмосфера. В преподавании дисциплин «Физическая культура и спорт» и «Прикладная физическая культура» студентам применяются различные методы обучения, способствующие вовлечению студентов в активную работу [2-7]. Одним из них, внедренным в практические занятия, является в период пандемии реабилитации он-лайн игра. Такие игры, включающие элементы тренинга, проводятся с целью развития способностей, совершенствования навыков, приобретения нового опыта. Дискуссии в небольших по составу группах, исследования индивидуальных случаев, разыгрывание ролей, вопросники используются в них для того, чтобы студенты самостоятельно генерировали нетривиальные идеи, соотносили их с новым опытом или ситуацией, не отвергали спорные предложения. Специфика метода состоит в активном участии каждого студента в обсуждении проблемы, в анализе содержания теста в микрогруппе (здесь формируются умения проанализировать материал, выделить главную мысль, определить основные понятия и концептуальные положения), в продумывании и обсуждении вариантов преподавания изучаемого материала другим студентам, в подготовке к выполнению роли специалиста. Данный метод проведения занятий способствует развитию



социально-психологической компетентности студентов, которые на собственном опыте познают эффективные способы общения, самостоятельно приобретают необходимые специалисту коммуникативные и организаторские навыки, так как результативность совместной работы зависит от степени скоординированности действий в группе и понимания каждым как своей позиции, так и ролей других участников. Студенты могут обращаться к преподавателю за помощью или уточнением понятий, содержания. В данном случае педагог – это эксперт. Одновременно он и контролирует ситуацию, и стимулирует участников, поддерживая атмосферу доверия и открытости в группе, при необходимости, снимая эмоциональное напряжение и включаясь в обсуждение проблем. Он вводит в ситуацию, ставит задачу, предоставляет студентам возможность наблюдать типичное поведение людей, механизмы ролевого взаимодействия. Преподаватель дает необходимые инструкции, определяет время для подготовки сюжета, организует процесс обсуждения ситуаций, вывода участников из роли, рефлексия и обратную связь. Анализ содержания сюжетов обязательно включает выводы по достижению цели. Важным моментом является рефлексия, обсуждение, анализ активного метода обучения. Студенты высказываются о своих чувствах, мыслях, поведении, делятся переживаниями, самостоятельно подводят итог личного участия, соотносят поставленные цели с результатами своей работы. Студенты анализируют не только предметное содержание знания, но и свой опыт, приобретенный на занятии, возможность применения его в практике педагогической деятельности. Необходимым элементом применения активных методов обучения является обратная связь между преподавателем и студентами. Её целесообразно использовать для свободного выражения мнения студентов, а также для анализа преподавателем собственных ошибок или подтверждения правильности своих действий в реализации стратегии активного обучения студентов.

Выводы. Реабилитационные возможности в прикладной физической культуре в настоящее время необходимо расширять путем научных исследований данного направления особенно в период всемирной пандемии. В наши дни активно данные методы внедряются в результате реабилитационных мероприятий после перенесенных заболеваний коронавирусной инфекцией для восстановления системы дыхания с помощью инновационных устройств, измеряющих силу дыхательных мышц. Установлено, что у занимающихся с отклонениями в физическом развитии и тенденциях на устойчивые отклонения, имеются резервные возможности организма и способность к активной спортивной деятельности. Контрольные испытания показали, что наиболее эффективным в развитии двигательных качеств таких студентов является режим со спортивной направленностью. При этом прикладная физическая культура и отдых с подвижным образом жизни предполагают высокую двигательную активность. Полученные данные позволяют осуществить прогнозирование оптимального потенциала физических возможностей занимающихся студентов с отклонениями



в состоянии здоровья для их дальнейшей самореализации. У таких студентов существуют адаптационно-компенсаторные системы организма, которые включают повышение показателей физического развития под воздействием регулярных занятий адаптивными видами спорта. С применением адаптивной физической культуры и спорта быстрее и эффективнее происходит социализация и адаптация личности студента.

Список литературы:

1. Паначев В.Д. Физическая культура – это не только физкультура / В.Д. Паначев // Вестник УрО РАН. – 2012. – 4 (42). – С. 42 – 52.
2. Паначев В.Д. Innovative problems of improving the quality of life of the welfare state // Middle-East Journal of Scientific Research. – 2013.– №17(12). – С. 1730 – 1734.
3. Валиулина О. Здоровый образ жизни студентов в процессе обучения средствами адаптивной физической культуры: Автореф. дис.... канд. пед. наук. – Уфа, 2006. – 15 с.
4. Deliens Tom. Determinants of Physical Activity and Sedentary Behaviour in University Students: A Qualitative Study Using Focus Group Discussions / Deliens Tom, Benedicte Deforche, Ilse De Bourdeaudhuij and Peter Clarys // BMC Public Health. – 2015. – 15(1). – p. 201. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1553-4>.
5. Grygiel-Górniak Bogna. Physical Activity, Nutritional Status, and Dietary Habits of Students of a Medical University / Grygiel-Górniak Bogna et al. // Sport Sciences for Health. – 2016. – 12(2). – P. 261 – 267. <https://doi.org/10.1007/s11332-016-0285-x>.
6. Gu Xiangli. Understanding Middle School Students' Physical Activity and Health-Related Quality of Life: An Expectancy-Value Perspective / Gu Xiangli, Melinda A Solmon and Tao Zhang // Applied Research in Quality of Life. – 2014. – 9(4) – p. 1041–1054. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9287-x>.
7. Hyndman Brendon. Measurement of Students' Playground Activity Levels. In Contemporary School Playground Strategies for Healthy Students, ed. // Singapore: Springer Singapore. – 2017. – P. 93 – 106. https://doi.org/10.1007/978-981-10-4738-1_9.



УДК 796

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТРАДИЦИИ В ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ

Винник Н.Н.¹, Дмитриенко Н.А.¹, Филатов А.В.²,
Паначев В.Д.^{2,3}, Истомин С.П.²

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

«Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет»¹

Кафедра физического воспитания

Федеральное государственное казенное военное образовательное учреждение
высшего образования «Пермский военный институт войск

национальной гвардии Российской Федерации»²

Кафедра физической подготовки и спорта

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Пермский национальный исследовательский

политехнический университет»³

Кафедра физической культуры

г. Пермь, Российской Федерации

Актуальность темы. Во время всемирной пандемии все острее поднимаются проблемы оздоровительной направленности образовательного и воспитательного процесса средствами физической культуры и спорта. Парадокс образования состоит в том, что, с одной стороны, оно является средством развития возможностей личности и ориентировано на реализацию личностного потенциала человека, его свободного самовыражения, а с другой – именно образование является одним из способов интеграции человека в социальную действительность. При этом личность, будучи продуктом общественной жизни, в то же время является живым организмом. Отношения социального и биологического в формировании и поведении личности достаточно сложны и оказывают неодинаковое воздействие на нее на разных этапах развития человека, в разных ситуациях и видах общения с другими людьми. Вполне объяснимым поэтому становится стремление исследователей выявить потенциал реабилитационных традиций в сфере физической подготовки и спорта (ФПиС), внутренние резервы, отыскать возможности их активизации. В связи с этим, можно рассматривать функции ФПиС как социального института. По мере цивилизованного развития общества в развитии института ФПиС все более актуализируются функции, связанные с общением, эмоциональными отношениями реабилитационных традиций. В нашем исследовании наибольший интерес представляют функции ФПиС, связанные с оздоровлением курсантов, материально-экономическим жизнеобеспечением сферы ФПиС, проблемами социализации молодого поколения, развитием реабилитационных традиций и человеческим потенциалом. Анализируя стабилизирующие и



деструктивные факторы жизнедеятельности в сфере ФПиС мы приходим к выводу о большом значении реабилитационных традиций [1 – 6].

Развитие института ФПиС во многом детерминировано материально-экономическими условиями подразделений при создании и функционировании материально-технической базы для массовых занятий физической подготовкой и спортом. Исходя из этих теоретических предпосылок, попытаемся выяснить роль побудительных факторов, активизирующих физкультурно-спортивную деятельность курсанта, определить, что же движет им: чувство долга или глубокая заинтересованность, жизненная потребность или необходимость выполнить норматив учебной программы и получить высокую оценку.

Цель исследования. Изучить отношение курсантов к ФПиС и понимание реабилитационной направленности дисциплины как элемента культуры личности.

Материал и методы. С целью изучения отношения курсантов к ФПиС, самооценки их физического состояния, выявления отношения к ФПиС, мы обратились к одной из разновидностей метода опроса – анкетированию. Респондентами были курсанты разных факультетов Пермского военного института войск национальной гвардии РФ (ПВИВНГРФ). В исследовании приняло участие 150 курсантов и 50 курсанток. Организационно - технический план исследования: вид анкетирования – сплошной, по способу общения – личный, по сбору вручения анкет респондентам – раздаточный.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анкетный опрос среди курсантов позволил представить объективное положение, отражающее уровень охвата курсантов различными формами занятий физическими упражнениями, круг их физкультурно - спортивных интересов, потребностей и мотивов в сфере деятельности. Анализ данных табл.1 характеризует отношение курсантов к ФПиС: 81% опрошенных курсантов относятся к ФПиС положительно и лишь 1% – отрицательно, безразличное отношение у 7% курсантов, затруднились ответить – 9%.

Таблица 1

Отношение к ФПиС в группах курсантов (в процентах)

Отношение к ФПиС	Курсанты		Все
	Юноши	Девушки	
Положительное	79	84	81
Отрицательное	1	1	1
Безразличное	8	6	7
Не задумывался над этим	8	10	9

Результаты данного исследования показывают, что 77% опрошенных курсантов высоко оценивают социальную значимость ФПиС, считая ее важнейшим элементом общей культуры человека (табл. 2).



Таблица 2

**Мнение курсантов относительно влияния ФПиС
на культурный уровень (в процентах)**

Влияние ФПиС на общую культуру	Курсанты		Все
	Юноши	Девушки	
Да, влияет	79	76	77
Нет, не влияет	16	16	16
Затрудняюсь ответить	6	8	7

Как показывают данные табл. 2, 16 % опрошенных курсантов считают, что ФПиС не влияет на их культурный уровень, 7% – затруднились оценить социальную роль ФПиС в формировании личности курсанта. На наш взгляд, такое положение в первую очередь характеризует слабую информированность о социальной сущности ФПиС. Главную ценность ФПиС в развитии личности курсанты видят в укреплении здоровья (89 %), в развитии волевых и моральных качеств (62 %), во всестороннем развитии способностей личностей с раннего возраста (40 %) (табл. 3).

Таблица 3

**Оценка ценности ФПиС в развитии личности в группах курсантов
(в процентах)**

Ценности ФПиС в развитии личности	Курсанты		Все
	Юноши	Девушки	
Всесторонне развивает способности личности с раннего возраста	48	31	40
Обеспечивает широкие материальные перспективы жизни	12	4	8
Готовит к достижению высоких результатов	23	17	2
Развивает высокие волевые и моральные качества	64	60	62
Утверждает авторитет, чувство личного достоинства и долга	38	20	29
Готовит к будущей профессиональной деятельности	16	4	10
Укрепляет здоровье	86	92	89
Можно стать профессионалом	16	10	13
По моему мнению...	2	1	1,5

Потребности в ФПиС – главная побудительная, направляющая и регулирующая сила поведения личности. По результатам анкетирования, многих курсантов именно сформированная ФПиС побуждает к физкультурно - спортивной деятельности [1] (табл. 4):



Таблица 4
Изучение потребностей курсантов в процессе занятий ФПиС
(в процентах)

Потребности курсантов в процессе занятий ФПиС	Курсанты		Все
	Юноши	Девушки	
Потребность в движениях и физических упражнениях	62	82	72
Потребность в общении, проведение свободного времени	31	27	29
Потребность в эмоциональной разрядке, отдыхе	55	61	58
Потребность в самоутверждении	32	16	24
Потребность в познании	10	4	7
Потребность в эстетическом наслаждении	20	16	18
Такое желание не испытываю	8	4	6

Выводы. На основе полученных данных можно сделать вывод о больших возможностях реабилитационной физической подготовки после ранений и травм в повседневной жизни курсантов.

Социологический анализ ценностного потенциала реабилитационных традиций в образовательном пространстве военного института содержит большой потенциал профессионально-личностного развития курсанта, который необходимо учитывать в педагогическом процессе и воспитании будущих офицеров. Современная стратегия оздоровления нации основана на том, что вместо пассивного принятия проводимых органами здравоохранения мер формируется индивидуальная активность самого населения, направленная на заботу о своем здоровье, физическом совершенствовании, оздоровление среды обитания, всего образа жизни, искоренение вредных и внедрение полезных привычек. Физическая подготовка и спорт, являясь составным элементом культуры личности, мощной предпосылкой здорового образа жизни, значительно влияет не только на повышение физической подготовленности, улучшение здоровья, но и на поведение курсанта в быту и в процессе учебы [5]. Сохранение и укрепление здоровья курсантской молодежи – одна из приоритетных задач, стоящих сегодня перед вузом. Решение данной задачи требует разработки и внедрения здоровьесберегающих инновационных технологий, направленных на реализацию эффективных способов профилактики заболеваний и реабилитацию курсантов средствами физического воспитания [6]. Известно, что реабилитационные традиции физической подготовки и спорта оберегают курсантов от возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, от гиподинамии, нерационального питания, вредных привычек (курение, употребление алкоголя), стрессовых ситуаций и эмоциональных перегрузок во время экзаменационных сессий.



Список литературы:

1. Паначев В.Д. Развитие спортивной культуры студенческой молодежи // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. – 2012. – № 17. – С. 36 – 44.
2. Паначев В.Д. Социологический аспект анализа физической культуры общества / В.Д. Паначев, А.С. Сырчиков // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. – 2010. – № 7. – С. 95 – 103.
3. Виленский М.Я. Физическое воспитание и здоровый образ жизни студента: учеб. пособие. / М.. Виленский, А.Г. Горшков // – М.: Гардарики, 2007. – 240 с.
4. Eller N.H. Total power and high frequency components of heart rate variability and risk factors for atherosclerosis / N.H. Eller // Auton. Neurosci. – 2017. – V. 131. – N. 1 – 2. – P. 123 – 130.
5. Jones P.P. Gender does not influence sympathetic neural reactivity to stress in healthy humans / P.P. Jones, M. Spraul, K.S. Matt, D.R. Seals, J.S. Skinner, E. Ravussin // Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. – 2016. – V. 270. – N 1. – P. 350 – 357.
6. Паначев В.Д. Социализация личности с отклонениями в состоянии здоровья / В.Д. Паначев / Социальное благополучие человека в современной России: факторы риска и факторы защиты: Материалы III краевой студ. науч.-практ. конф., – Пермь. – 2018. – С. 195 – 197.



УДК 616-053.2:615.825

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОДРОСТКОВ С НЕВРИТОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Волкова Е.С., Литвинова М.П., Усенкова О.Н.
Башкирский институт физической культуры (филиал)
Федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Уральский государственный университет физической культуры»
Кафедра физиологии и спортивной медицины
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность темы. Неврит лицевого нерва (НЛН) занимает второе место по частоте среди всех заболеваний периферической нервной системы (после неврита седалищного нерва) и первое – среди поражений черепных нервов, что обусловлено определенными анатомическими особенностями: на своем пути он проходит сквозь узкие каналы лицевых костей, поэтому даже незначительное воспаление приводит к его пережатию и кислородному голоданию, что и вызывает симптомы болезни (туннельный синдром). У большинства людей отказывает мимическая мускулатура с одной стороны лица. Наибольшая частота заболеваний приходится на холодное время года, что актуально для регионов, где холодные месяцы преобладают. В результате такой патологии этих мышц развивается слабость, приводящая к снижению (парез) или полному отсутствию (паралич) мимических движений и появлению асимметрии лица. Ограничение двигательной активности в сочетании с сильными, приступообразными болями вызывает физический и психологический дискомфорт, что приводит к существенному снижению качества жизни.

Несмотря на значимость проблемы, вопросы физической реабилитации больных с невритом лицевого нерва по-прежнему остаются недостаточно изученными и носят фрагментарный характер.

Использование методик, дополнительно воздействующих на компрессионно-ишемический фактор в комплексном лечении неврита лицевого нерва (лечебная гимнастика, например) позволит, как существенно сократить сроки течения заболевания, так и избежать возникновения характерных для данного заболевания осложнений.

Цель исследования. Определить эффективность лечебной гимнастики у подростков с невритом лицевого нерва в основном периоде заболевания, который начинается с 10 – 12 дня и длится до 2 – 3 месяцев, после которого начинается резидуальный период.

Материал и методы. Исследования проводились с целью выявления эффективности лечебной гимнастики у подростков с невритом лицевого нерва в основном периоде. Для этого были сформированы две группы (контрольная и



экспериментальная) по 6 человек в каждой группе. Курс лечебной гимнастики включал в себя 18 процедур в течение 3 недель.

Контрольная группа пациентов использовала общепринятую методику ЛФК В.А. Епифанова (2009) [3].

Экспериментальная группа занималась лечебной физической культурой по усовершенствованной методике с включением в основную часть занятий вместо классического массажа и специальных упражнений (СУ), логопедического массажа и элементов смехотерапии, а в заключительную – электротерапевтического аппарата «Пролог-02».

Логопедический массаж оказывает общее положительное воздействие на организм в целом, вызывая благоприятные изменения в мышечной и нервной системах, играющих основную роль в речедвигательном процессе. Под влиянием массажа повышается эластичность мышечных волокон, сила и объем их сократительной функции, работоспособность мышц [4].

Сущность массажа состоит в нанесении механических раздражений в виде поглаживания, пощипывания, растирания, разминания, поколачивания и вибрации. При легком, медленном поглаживании снижается возбудимость массируемых тканей, что оказывает успокаивающее, расслабляющее воздействие. Энергичные и быстрые движения при массаже повышают раздражимость массируемых тканей, сокращают мышцы.

Дифференцированное применение различных приемов массажа позволяет понизить мышечный тонус при спастичности мышц и, напротив, повысить его при гипотонии артикуляционной мускулатуры. Дифференцированный массаж помогает в дальнейшем формированию и осуществлению произвольных (активных), координированных движений органов артикуляции [2].

Смех – это одна из самых удивительных функций человеческого организма. В процессе смеха сокращаются 80 групп мышц, незначительно повышается температура, изменяется кровяное давление, в мозг поступают бетаэндорфины.

При неврите лицевого нерва (НЛН) элементы смехотерапии способствуют разработке мимических мышц лица. Это объясняется тем, что во время смеха лицевая мускулатура постоянно сокращается и расслабляется. Так во время улыбки в работу вступают 17 мышц лица, а во время смеха работает 80 мышц лица и тела.

Немаловажное значение при неврите лицевого нерва у подростков имеет их психоэмоциональное состояние. Часто при НЛН дети находятся в подавленном состоянии, комплексуют из-за имеющегося у них дефекта. Невольное повышенное внимание окружающих к подростку неблагоприятно отражается на общем эмоциональном фоне.

Смех оказывает психотерапевтическое действие на здоровье, ведь во время смеха снимаются внутренние комплексы, высвобождаются подавленные эмоции, снимается психологическая и физическая усталость, психологические проблемы, уходит напряжение/



А также смех стимулирует иммунную систему, активизируя клетки, убивающие микробы и вирусы. Когда мы смеемся от всей души, в слюне и крови увеличивается количество иммуноглобулина, а также цитокина гамма интерферона - вещества, сдерживающего размножение раковых клеток [1].

Особенности методики лечебной гимнастики экспериментальной группы

Занятия проводились пять раз в неделю по 40 минут, в течение трех недель.

Занятие лечебной гимнастики предполагало проведение вводной, основной и заключительной частей.

Вводная часть – отводилось 30 % от общего времени занятия (12 минут). Задачи вводного раздела: разогрев мышц лица и шеи, улучшение местного кровообращения. Общеразвивающие и дыхательные упражнения (ОРУ и ДУ) в соотношении 1:1 использовались для мышц шеи, верхнего плечевого пояса, такие как: повороты и наклоны головы, дыхательные упражнения, упражнения для верхнего плечевого пояса. Исходное положение – сидя, лежа.

Основная часть – отводилось 50% от общего времени занятия (20 минут). В начале основной части совершались пассивные движения головой подростка, что оказывало успокаивающее и расслабляющее воздействие. Далее с целью постепенной нормализации мышечного тонуса, формирования нормативного произнесения звуков использовался логопедический массаж. После массажа применялась смехотерапия. Исходное положение - лежа на кушетке, сидя. *Схема использования физических упражнений в основной части* приведены в таблице 1.

Таблица 1

Использование физических упражнений в основной части занятия в экспериментальной группе

Упражнения	Направленность	1 неделя	2 неделя	3 неделя
Общеразвивающие упражнения	Улучшение функционального состояния организма	3 мин	3 мин	3 мин
Логопедический массаж	Нормализация тонуса мышц артикуляционного аппарата, активизация мышц с недостаточной сократительной способностью.	12 мин	7 мин	5 мин
Смехотерапия	Разработка мимических мышц лица, восстановление психоэмоционального состояния	5 мин	10 мин	12 мин
Общее время		20 мин	20 мин	20 мин

Такое распределение времени между общеразвивающими упражнениями, логопедическим массажем и смехотерапией обеспечивало постепенное повышение объема и интенсивности нагрузки на мышцы лица, лучшую их разработку.



Заключительная часть - использовался электротерапевтический аппарат «Пролог-02». Данный препарат предназначен для профилактики и лечения заболеваний человека посредством биорезонансного воздействия на кожную проекцию патологических и рефлексогенных зон электрическими нейроподобными сигналами сложной автоматически изменяемой формы – адаптационная электростимуляция (нейро - адаптация) и биорезонансной терапии.

Импульсы электрического тока, параметры и форма которых сравнимы с параметрами нервных импульсов, создают дополнительный поток импульсации в толстых миелинизированных волокнах, оказывающих влияние на функциональное состояние различных структур центральной и периферической нервной системы. Вследствие такого воздействия не только развивается обезболивающий эффект, но и происходит мобилизация резервных возможностей организма. Одновременно наблюдается стабилизация психоэмоционального состояния [5].

В начале и в конце курса реабилитации исследовалось функциональное состояние пациентов и проводились физиологические исследования.

Для решения поставленной в работе цели мы использовали следующие методы исследования:

Клинические методы, так как клиническая картина поражения лицевого нерва зависит от уровня повреждения и от степени нарушения проводимости. Она складывается из симптомов поражения лицевого и промежуточного нервов. Вследствие поражения собственно лицевого нерва наступает паралич или парез мимической мускулатуры – прозопарез [6]. Определяли степень поражения по *6-балльной оценке пареза мимической мускулатуры; оценке двигательной активности верхней мимической мускулатуры; оценке двигательной активности нижней мимической мускулатуры.*

Физиологические методы исследования:

– Тест мигания (асинхронное мигание глаз). При неврите лицевого нерва, глаз на больной стороне мигает реже и медленнее, чем на здоровой, даже в самых ранних стадиях заболевания. Незаметно для пациента подсчитывали количество смыканий век в минуту.

– Миотонометрия. При неполном восстановлении функции лицевого нерва, из-за нарушения иннервации, снижен тонус мимических мышц. Измеряли тонус круговой мышцы рта в районе угла рта на пораженной половине лица.

– Термография. Для установления степени вегетативно-сосудистых изменений, а также для оценки эффективности реабилитации больных с невритом лицевого нерва использовали тест контактной термометрии челюстно-лицевой области. Инфракрасная термография, основана на регистрации собственного инфракрасного излучения тела человека. Метод инфракрасной термографии, помимо высокой информативности, обладает такими качествами, как неинвазивность исследования, простота использования, наглядность, физиологичность.



– Определение кожной чувствительности. В связи с тем, что лицевой нерв по функциям смешанный, то его воспаление сказывается не только на двигательной функции мимических мышц, но и на чувствительности кожи. Определение тактильной чувствительности является одним из методов оценки иннервации пораженной области.

Результаты и их обсуждение.

Результаты исследования функциональных возможностей пациентов приведены в таблице 2.

Таблица 2

Изменение функционального состояния пациентов контрольной группы в процессе реабилитации ($X \pm m$)

Показатели	Исходные данные	В конце курса реабилитации	Норма
Двигательная активность верхней мимической мускулатуры, баллы	2,6±0,5	4,1±0,3	5
	p< 0,05		
Двигательная активность верхней мимической мускулатуры, баллы	2,1±0,6	4,4±0,3	5
	p< 0,05		
Частота мигания, раз/мин	10,8±0,8	13,7±0,4	15-20
	p< 0,05		
Тонус состояния покоя круговой мышцы рта, миотон	21,3±0,5	32,9±0,6	34-37
	p< 0,05		
Температура щечной области, °С	32,5±0,7	33,9±0,4	34
	p< 0,05		
Порог дискриминации щечной области, мм	12,1±0,7	8,7±0,5	8
	p<0,05		

Примечание: p – статистическая значимость различий между группами.

Для определения степени выраженности пареза определяли двигательную активность верхней и нижней мускулатуры. В начале реабилитационных мероприятий двигательная активность верхней мимической мускулатуры составила $2,6 \pm 0,5$ баллов и уже к концу эксперимента $4,1 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Это на 30% превышает исходный уровень, но на 18% ниже показателя нормы.

Двигательная активность нижней мимической мускулатуры составила $2,1 \pm 0,6$ баллов к началу исследований; к концу эксперимента $4,4 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$). Такие прогрессивные изменения мы связываем с особенностями лечебной гимнастики, направленной на устранение нарушений двигательной функции нервной системы, в частности, лицевого нерва, который в составе имеет двигательные волокна.

У пациентов на начало восстановительного лечения частота мигания глаза на пораженной стороне лица составила $10,8 \pm 0,8$ раз/мин, при норме 15 – 20. К концу 3-й недели, показатель повысился до $13,7 \pm 0,4$ раз, что на 26% выше исходного уровня.

В начале исследований тонус состояния покоя круговой мышцы рта был $21,3 \pm 0,5$ миотон. К концу исследований тонус статистически значимо повысился



и составил $32,9 \pm 0,6$ миотон, практически подойдя к нижней границе нормы: 34 – 37.

В норме у подростков температура щечной области (1 см от угла рта) составляет 34°C . У пациентов на начало реабилитации она составила $32,5 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$, и уже к концу достигла нормы $33,9 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$. Поскольку интенсивность теплового излучения зависит и от уровня кровоснабжения пораженной области, такое повышение мы рассматриваем, как положительный момент.

В начале курса лечения кожная чувствительность в щечной области, определенная по порогу дискриминации, составила $12,1 \pm 0,7$ мм, что оценивают еще, как достаточно низкую. К концу исследований, логично подтверждая другие показатели, порог дискриминации щечной области статистически значимо снизился до 8,7 мм, согласуясь с данными по улучшению кровоснабжения самого нерва.

Выводы.

1. Существуют полярные мнения об использовании лечебной гимнастики при реабилитации невритов в ранний период: от полного отказа от физических упражнений до ее активного применения. Отсутствие разработанных эффективных методик с учетом специфики поражения, затрудняет процесс комплексного воздействия и выздоровления. Осложнениями неврита лицевого нерва при отсутствии адекватной медицинской и физической реабилитации являются контрактуры, спастический паралич и синкинезии.

2. Проведенное исследование показало, что применение звуковой гимнастики и электротерапевтического аппарата «Пролог-02» позволяет более эффективно воздействовать на морфофункциональное состояние пациентов с невритом лицевого нерва.

3. Применение смехотерапии улучшает настроение, снимает депрессию и тревогу, тонизирует мышцы лица, а также улучшает качество жизни и способствует формированию оптимизма в обществе.

Список литературы:

1. Абрамян Л. А. Смех как побочный продукт и движущая сила праздника / Л. А. Абрамян // Смех: истоки и функции; под ред. А. Г. Козинцева. – СПб.: МАЭ РАН, 2002. – С. 62 – 74.

2. Дьякова Е.А. Логопедический массаж: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.А. Дьякова – М.: Академия, 2005. – 96 с.

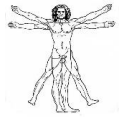
3. Епифанов В. А., Епифанов А.В. Реабилитация в неврологии / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов – М.: ГЭОСТАР-Медиа, 2014. – 416 с.

4. Кузанов И.Е., Калантаров А.М. Способы восстановления мимики лица при параличе лицевого нерва / И.Е. Кузанов, А.М. Калантаров // Анналы хирургии. – 2002. – № 5. – С. 46 – 50.

5. Лазеротерапия и электростимуляция в восстановительном лечении периферических нейропатий // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры – 2002. – № 4.– С. 25 – 27.



**Интегративная медицина, реабилитационные технологии:
образование, наука и практика**



6. Петров К.Б. Физическая и кинезитерапевтическая реабилитация при поражениях лицевого нерва: учеб. пособие. под ред. К.Б. Петров – Новокузнецк, 2000. – 38 с.



УДК 37.015.33

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ТРЕНЕРА

Воробьев С.В.¹, Дубов А.М.², Егоров А.В.¹, Коновалова А.В.¹

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Московский педагогический университет»

Кафедра физического воспитания и спорта¹

Кафедра спортивных дисциплин и методики их преподавания²

г. Москва, Российская Федерация

Актуальность темы. Негативные психические состояния (НПС) спортсменов может переживать на различных этапах своей спортивной карьеры [1,3]. Они обусловлены личностными особенностями, которые могут внешне по-разному проявляться, в зависимости от возраста и периода становления спортсмена, но, практически всегда, это – проявления переживаемого стресса. Несмотря на то, что в специальной психологической литературе стало принято разграничивать психические и функциональные состояния, на наш взгляд, спорт является той областью, где это различие практически стирается, или, как минимум, психическое в значительной мере отражается на функциональном состоянии [4,5,6,7].

Психическое состояние одновременно является формой интеграции текущих изменений организма, динамики психических процессов, актуальных особенностей, как отдельных сфер личности, так и личности в целом (ее развития). В позитивном направлении – это возможность повышения спортивных результатов, особенно у квалифицированных спортсменов, где уровень физической подготовки достигает своего максимума. По мнению, которое уже стало общим, дальнейший рост обуславливается резервами психики. Также не вызывает сомнений и то, что психическое состояние может негативно сказываться на функциональном состоянии. Кризисные ситуации характеризуются высоким уровнем фрустрации, депрессивности, раздражительности, невротизации, астенизации. Психическое состояние спортсмена напрямую влияет на уровень спортивных достижений, и в негативном контексте, в свою очередь, может травмировать личность спортсмена. Существует множество научных материалов, посвященных анализу причинно-следственных связей и рациональной психотерапии. Мы в своей работе рассматриваем негативные психические состояния, как унифицированную реакцию личности на стресс.

Очевидно, что человек, переживающий подобные состояния, нуждается в психологической помощи, но актуальность проблемы еще подчеркивается и тем, что этот период часто сопровождается различными соматическими симптомами (заставляют о себе вспомнить старые травмы, легко возникают новые).



Несмотря на значительный потенциал теоретических знаний и накопленный опыт по психофизической коррекции негативных психических состояний у спортсменов, эта проблема, по-прежнему, является актуальной. В исследовании была использована методика коррекции негативных психических состояний Воробьева С.В. Данная методика основана на теории «функциональных систем», предложенной П.К. Анохиным и развитой К.В. Судаковым [2,7]. Психическое состояние в ней рассматривается как интегрирующий элемент функциональной системы.

Цель исследования. Проверить эффективность методики психофизической коррекции негативных психических состояний у квалифицированных спортсменов игровых видов спорта.

Материал и методы. В данной работе мы использовали следующие методы:

- Эмпирические – наблюдение, тестирование квалифицированных спортсменов; психолого-педагогический эксперимент;
- Методы обработки данных: количественный и качественный анализ результатов исследования.

Исследование проводилось на базе Московского педагогического университета (МПУ). В нем приняли участие игроки женской и мужской команды МПУ по баскетболу. Среди 22-х спортсменов, с которыми проводились собеседования и предварительные психологические тестирования, для участия в эксперименте были выбраны 11-ть спортсменов-баскетболистов, у которых были обнаружены соматические жалобы и личностные психологические особенности, выявленные в результате прохождения опросников (таблица 1).

Таблица 1

Соматические жалобы спортсменов, участвующих в эксперименте

№	Содержание индивидуальных проблем соматического здоровья спортсменов (завершивших спортивную карьеру)	Абс. показатели	% от выборки
1.	Боли в спине, пояснице	9	32
2.	Увеличение массы тела	7	25
3.	Мышечная слабость	7	25
4.	Головная боль	5	17

По результатам медицинского обследования структурных изменений, способных вызывать соответствующие жалобы, выявлено не было, что позволило трактовать эти состояния как психосоматические.

Данное исследование включало: реализацию методики психофизической коррекции соматических и психических негативных состояний, предложенной С.В. Воробьевым; обработку полученных результатов; сравнение результатов до и после проведения методики и определение эффективности проведенной работы.



В процессе опытно-экспериментальной работы были использованы опросники:

1. Психодиагностический тест (ПДТ) В. Мельникова, Л. Ямпольского.
2. Тест «Интеллектуальная лабильность».
3. Тест-опросник для диагностики астении. Шкала астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой.
4. Методика диагностики самооценки психических состояний по Г. Айзенку.

Результаты и их обсуждение. Посредством психодиагностического теста (ПДТ) В. Мельникова, Л. Ямпольского; шкалы астенического состояния Л.Д. Малковой и адаптированная Т.Г. Чертовой; теста “Интеллектуальная лабильность”; методики диагностики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку) у всех наблюдаемых лиц была выявлена субклиническая депрессия той или иной степени выраженности, что было подтверждено врачом-психиатром, и полностью совпадает с наблюдениями других авторов и подтверждается в их работах. Состояние депрессии у всех наблюдаемых лиц сопровождалось: астенией, тревожностью, фрустрацией, агрессивностью, раздражительностью и снижением интеллектуальной лабильности (таблицы 2,3,4,5).

Таблица 2

Динамика характерологических и темпераментальных проявлений у спортсменов в ходе педагогического эксперимента по данным психодиагностического теста (ПДТ: В. Мельников, Л. Ямпольский)

№	Невротизм		Sign Test (Spreadsheet22) Marked tests are significant at p <,05000	P	Психотизм		Sign Test (Spreadsheet22) Marked tests are significant at p <,05000	P
	до эксп.	после эксп.			до эксп.	после эксп.		
1.	15	7	0,025	0,05	21	7	0,026	<0,05
2.	14	7			21	6		
3.	19	9			19	7		
4.	19	11			22	7		
5.	21	11			23	8		
6.	18	9			20	6		
7.	20	9			20	7		
8.	22	10			21	6		
9.	21	9			19	8		
10.	21	9			22	9		
11.	22	9			23	7		
Хср.	19,27	9,09			21	7,09		



Таблица 2 (продолжение)

**Динамика характерологических и темпераментальных проявлений
у спортсменов в ходе педагогического эксперимента по данным
психодиагностического теста (ПДТ: В. Мельников, Л. Ямпольский)**

№	Общая активность		Психическая неуравновешенность		Депрессия		Sign Test (Spreadsheet22) Marked tests are significant at $p < ,05000$	P
	до эксп.	после эксп.	до эксп.	после эксп.	до эксп.	после эксп.		
1.	7	11	19,66	6,33	23	5	0,026	<0,05
2.	7	9	19,66	6	24	5		
3.	6	9	20	7,66	22	7		
4.	5	8	21	9	22	9		
5.	5	7	21,66	10,33	21	12		
6.	4	8	19,33	7	20	6		
7.	4	7	20,33	7	21	5		
8.	4	7	22	7,66	23	7		
9.	5	7	21,33	8	24	7		
10.	3	7	22	8	23	6		
11.	5	8	22,33	7,33	22	6		
Хсп.	5	8	1,0	0,5	22,27	6,82		

Таблица 3

**Динамика интеллектуальной лабильности у спортсменов
в ходе педагогического эксперимента**

№	Динамика интеллектуальной лабильности		P-level, Wilcoxon Matched Pairs Test (Spreadsheet22) Marked tests are significant at $p < ,05000$	P
	до эксп.	после эксп.		
1.	10	7	0,003346	<0,01
2.	16	5		
3.	14	5		
4.	13	4		
5.	15	3		
6.	11	4		
7.	15	5		
8.	14	7		
9.	14	7		
10.	14	8		
11.	15	7		
Хсп.	13,72	5,63		



Таблица 4

**Динамика астенического состояния (Шкала Л.Д. Малковой,
адаптированная Т.Г. Чертовой) у спортсменов в ходе
педагогического эксперимента**

№	Динамика астенического состояния		P-level, Wilcoxon Matched Pairs Test (Spreadsheet22) Marked tests are significant at p <,05000	P
	до эксп.	после эксп.		
1.	74	52	0,003346	<0,01
2.	84	55		
3.	89	57		
4.	84	49		
5.	99	48		
6.	103	47		
7.	89	59		
8.	88	59		
9.	92	46		
10.	101	47		
11.	102	46		
Хср.	91,36	51,36		

Таблица 5

**Методика диагностики самооценки психических состояний
(по Г. Айзенку) у спортсменов в ходе педагогического эксперимента**

№	Тревожность		Фрустрация		Агрессивность		Ригидность		Sign Test (Spreadsheet22) Marked tests are significant at p <,05000	P
	до эксп.	после эксп.	до эксп.	после эксп.	до эксп.	после эксп.	до эксп.	после эксп.		
1.	4	6	9	7	11	10	15	7	0,027	<0,05
2.	3	6	8	7	10	10	17	7		
3.	6	5	9	7	14	9	16	7		
4.	5	8	11	7	10	10	15	8		
5.	1	9	11	6	11	9	14	9		
6.	7	10	9	8	9	8	17	7		
7.	7	9	14	9	15	9	9	9		
8.	3	9	15	9	8	8	9	9		
9.	4	7	8	7	8	8	9	7		
10.	7	11	8	7	7	6	17	9		
11.	7	7	8	7	7	6	16	9		
Хср.	14,9	7,9	10	7,36	10	8,45	14	8		



Нами было предложено использовать авторскую методику релаксации. Сеансы проводились один раз в неделю в течение 6-ти недель с повторным выполнением исходных тестов. Также после шестого сеанса проводилось повторное консультирование психиатром. Динамика соматических жалоб и психических симптомов оценивалась по бальной шкале посредством опроса и с помощью вышеперечисленных тестов. Результаты демонстрирует рисунок 1.

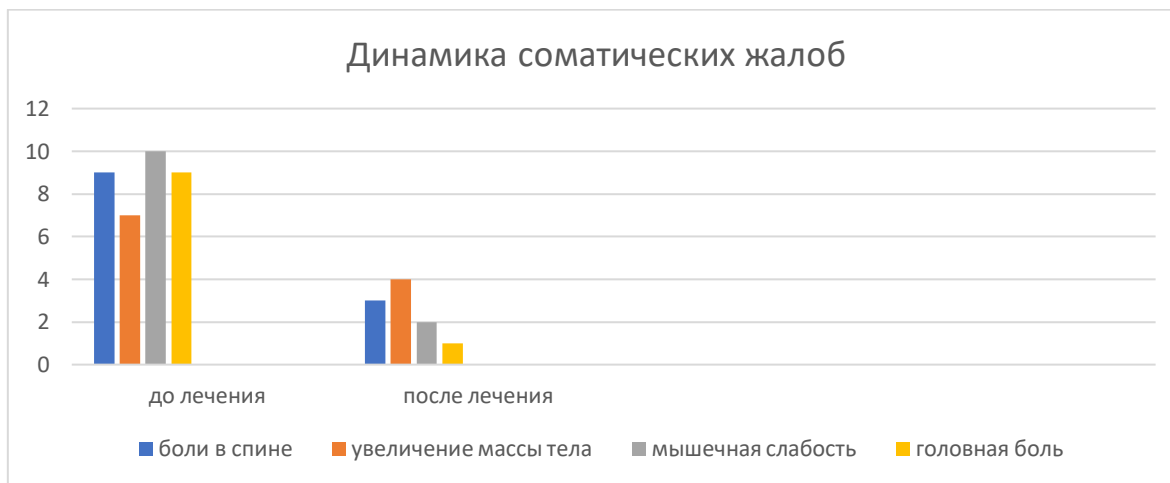


Рис. 1. Динамика физических жалоб у спортсменов в ходе педагогического эксперимента

Исследование позволило выявить, что в результате проведенной психотерапевтической работы произошло значительное улучшение психического состояния наблюдаемых лиц, сопровождающееся исчезновением или выраженным снижением интенсивности соматических жалоб. Состояние субклинической депрессии трансформировалось в конструктивную рабочую позицию.

Выводы.

1. Выбранный метод коррекции негативных психических состояний имеет научно-теоретическое обоснование в работах отечественного физиолога академика АН СССР, академика АМН СССР, профессора, доктора медицинских наук П.К. Анохина.

2. Предлагаемый метод коррекции негативных психических состояний, показал свою эффективность как паллиативное средство для восстановления психической и физической работоспособности квалифицированных спортсменов.

3. Разработанная программа дополнительного образования «Психофизическая коррекция стрессогенных функциональных расстройств у спортсменов с использованием средств физической культуры» может быть рекомендована спортсменам, спортивным педагогам, тренерам для повышения компетенции в области коррекции и самокоррекции негативных психических состояний.



Список литературы:

1. Алексеев А.В. Эмоционально-волевая подготовка спортсменов. – М.: ФиС, 1978. – 224 с.
2. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем / Избранные труды. Философские аспекты теории функциональных систем. – М.: Наука, 1978. – С. 49 – 106.
3. Иванов И.Б. Психологическое консультирование как средство помощи спортсменам, завершающим и завершившим спортивную карьеру: дис. ... канд. психол. наук. – СПб.: Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.С. Лесгафта. – 2009. – 196 с.
4. Олпорт Г. Становление личности: Избранные труды. – М.: Смысл, 2002. С. 166 – 216.
5. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье; пер. с англ. М.: Медицина, 1960. – 254 с.
6. Стамбулова Н.Б. Психология спортивной карьеры: учебное пособие. – СПб.: Центр карьеры, 1999. – 417 с.
7. Судаков К.В. Индивидуальная устойчивость к эмоциональному стрессу: монография / Судаков К.В. – М.: Горизонт, 1998. – 267 с.



УДК 159.923-053.6:130.3;159:59. 922.73

ПОДРОСТКОВАЯ ГЕТЕРОАГРЕССИВНОСТЬ (ОБЗОР ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ)

Данилова Е.М., Титиевский С.В.

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Кафедра психиатрии, психотерапии,
медицинской психологии и наркологии ФИПО
г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. Происходящие в нашем обществе глубокие социально-экономические и духовно-нравственные перемены порождают ряд проблем, одной из которых является рост различных отклонений в личности и поведении подрастающего поколения. Среди них особую тревогу вызывает прогрессирующая жестокость, агрессивность несовершеннолетних. Внутренние и внешние условия развития в подростковом возрасте нередко создают ситуации, нарушающие нормальный ход личностного становления и являющиеся объективными предпосылками развития агрессивности и других деструктивных личностных черт. При этом, агрессия, наиболее остро проявляясь на рубеже перехода ребенка от детства к взрослости, развивается у подростков стремительно. В то же время, несмотря на повышенный интерес к указанной проблематике, в медицинской литературе нет единой точки зрения на механизмы возникновения агрессивного поведения, как нет и единого определения этого понятия. Всё вышеуказанное определяет высокую актуальность исследований в данной области.

Цель исследования заключалась в изучении по данным литературы современного состояния проблемы подростковой гетероагрессивности и её психокоррекции.

Материал и методы. Анализ данных современных отечественных и зарубежных литературных источников.

Результаты и их обсуждение. Проблеме агрессии посвящен ряд исследований как в отечественной (С.А. Беличева, Л.Ю. Иванова, В.Г. Петров, Т.Г. Румянцева, Л.М. Семенюк и др.), так и зарубежной (Z. Berkowits, A. Buss, K.A. Dodge, R. Haskins, K. Lorens и др.) литературы. С позиции Р. Бэрона (2011) агрессия рассматривается как сильная активность, стремление к самоутверждению, акты враждебности, атаки, разрушения, то есть, действия, которые вредят другому лицу или объекту. Человеческая агрессивность также рассматривается как поведенческая реакция, характеризующаяся проявлением силы в попытке нанести вред или ущерб личности или обществу [6]. Многие авторы рассматривают агрессию как реакцию враждебности на созданную другим фрустрацию, независимо от того, насколько эта фрустрация имеет



враждебные намерения (Р. Бэрн, 2011; Г. Паренс, 2012). Агрессия – это любая форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения (А. Бандура, 2000). Термин агрессия часто ассоциируется с негативными эмоциями – такими как злость; с мотивами – такими как стремление оскорбить, или навредить и даже с негативными установками – такими как расовые или этнические предрассудки. Несмотря на то, что все эти факторы, несомненно, играют важную роль в поведении, результатом которого становится причинение ущерба, их наличие не является необходимым условием для подобных действий [6].

В современной литературе выделяются два различных понятия – «агрессия» и «агрессивность». А.А. Реан (2016) акцентирует внимание на том, что понятие агрессия и агрессивность не синонимичны и под агрессивностью следует понимать свойство личности, выражающееся в готовности к агрессии, а под агрессией – определенные действия, причиняющие ущерб другому объекту. Агрессия – это поведение (индивидуальное или коллективное), направленное на нанесение физического, либо психологического вреда или ущерба. Агрессивность – относительно устойчивая черта личности, выражающаяся в готовности к агрессии, а также в склонности воспринимать и интерпретировать поведение другого как враждебное. В силу своей устойчивости и вхождения в структуру личности, агрессивность способна предопределять общую тенденцию поведения [9]. Таким образом, можно сделать вывод: если агрессия – это действие, то агрессивность – готовность к совершению таких действий.

Различие понятий агрессии и агрессивности ведет к важным следствиям. С одной стороны, не за всякими агрессивными действиями субъекта действительно стоит агрессивность личности. С другой стороны, агрессивность человека вовсе не всегда проявляется в явно агрессивных действиях.

С.Л. Соловьева (2004) рассматривает агрессивность, как системное социально-психологическое свойство, формирующееся в процессе социализации личности и приобретающее, в зависимости от воздействующих биологических, психологических, социальных факторов, конструктивный (социализированный) или деструктивный (не социализированный) характер; при этом, подчеркивается необходимость изучения роли агрессии в структуре психологической индивидуальности субъекта как целостного феномена. В зависимости от места в структуре деятельности и особенностей механизма саморегуляции выделяются личностный, осуществляемый в рамках деятельности, индивидуальный, соотносимый с действиями, и индивидный, связанный с отдельными операциями, уровни агрессивного поведения.

Агрессивное поведение может быть недеструктивным (невраждебным), направленным на достижение цели, и деструктивным (враждебным) – злобное, неприятное поведение, причиняющее боль окружающим.

Проявления агрессии могут наблюдаться в виде аутоагрессии или агрессии по отношению к объектам окружения или другим людям (гетероагрессии).



В подростковом возрасте одной из отличительных особенностей поведения являются агрессивные проявления, которые часто носят ярко выраженный характер, что подтверждается множеством работ отечественных и зарубежных авторов (А. Гуггенбюль, 2002; А.Е. Личко, В.С. Битенский, 2001; А.А. Реан, 2016; Л.М. Семенюк, 1998; И.А. Фурманов, 1996).

Подростковая агрессия рассматривается как результат наследственности, возрастного кризиса, искаженного процесса социализации, общей озлобленности и пониженного самоуважения в результате пережитых неудач и несправедливостей (например, злоупотребления родителями наказаниями, жестокого отношения к детям), отношений в семье, влияния плохой компании, социального или экономического неравенства, активной пропаганды СМИ и кинематографом агрессии, жестокости и насилия, привлечения внимания к своей личности (своеобразный крик о помощи), протеста, с помощью которого ребенок пытается отстоять свою точку зрения (например, в виде отказа выполнять установленные правила и нормы поведения), употребления психоактивных веществ. Среди ситуаций, провоцирующих агрессивность подростков, можно также выделить чрезмерную опеку, защиту и месть, стремление показать превосходство, получить желаемый результат [7].

В рамках возрастной концепции Л. Выготского (1929, 1930, 1931) начало подросткового возраста рассматривается как кризисный этап развития, характеризующийся повышенной агрессивностью, конфликтностью. А.Е. Личко и В.С. Битенский (1991) отмечают, что недостаточная сформированность нервной системы, преобладание процессов возбуждения над процессами торможения вызывают у подростков повышенную возбудимость, впечатлительность, неумение сдерживать эмоции. Это зачастую приводит к импульсивному поведению, неспособности выдерживать длительные эмоциональные нагрузки и сильные стрессовые состояния. В подростковом возрасте, в период полового созревания, поведение в значительной мере определяется характерными для этого периода жизни реакциями эмансипации, группирования со сверстниками, увлечениями (хобби) и формирующимся сексуальным влечением.

О.В. Игнатова [4] отмечает, что практически всегда ребёнок-агрессор, систематически и жестоко избивающий ровесников или детей младше себя, воспитывается в семье с применением физического или психологического насилия со стороны родителей. Уроки насилия, полученные в семье, очень быстро усваиваются и находят свое выражение в устойчивом интра- и экстрадеструктивном поведении. У большинства людей склонных к насилию, прослеживается следующая устойчивая черта [3]: насильники воспитывались в семьях, где совершалось насилие, были свидетелями агрессии в отношениях между родителями. По мнению А. Синельникова [8], дети, находящиеся в силовом поле домашнего насилия, активно участвуют в этом действе, независимо от их формального статуса жертвы или свидетеля. В любом случае они вовлечены в динамику насильственных отношений и являются её прямыми



участниками, создающими свои собственные стратегии сопротивления и адаптации, которые ложатся в основу их практики выживания. Благодаря опыту, полученному в родительской семье, у большинства жертв и свидетелей домашнего насилия формируются представления о том, что личные отношения это, прежде всего, отношения власти и контроля, устанавливаемые одним членом интимной пары над другой стороной [8]. По мнению А.Н. Елизарова [2], последствия насилия, пережитого в детстве, могут выражаться в ненависти к себе, переходящей в ненависть к окружающим. Например, девушка, пережившая в детстве насилие, агрессивно ведет себя в коллективе сверстников, неоднократно являясь инициатором травли по отношению к одноклассникам. На приеме у психолога она говорит о себе следующее: "Ты себя ненавидишь за то, что ты убожество, потому что тебе хочется унижать другого, чтобы доказать себе, что ты не такой уж пропащий человек. Какой-то замкнутый круг получается".

Многие исследователи указывают на характерную для подросткового возраста потребность в коллективе сверстников, объясняя это потребностью в защите собственных интересов в группе равных себе и противопоставлением своего мира миру взрослых. И.Ю. Кулагина (2002) связывает проявления агрессивного поведения подростков с трудностями социальной адаптации (неумение выстраивать взаимоотношения со сверстниками и контролировать свое поведение) в условиях подростковой группы на фоне их личностных особенностей (черт характера). Для подростков характерна повышенная потребность в общении со сверстниками, стремление к самоутверждению в их среде, чуткое реагирование на мнение сверстников. Поэтому любое замечание в адрес подростка, критика или насмешка могут вызвать приступы агрессии. В среде сверстников, наиболее значимой для подростка, конфликтное поведение зачастую оказывается нормативным, а отклонение от установленных форм поведения может сопровождаться негативной реакцией группы. Среди сверстников подросток выделяет «своих» и «чужих». Конфликты с «чужими» происходят чаще всего без повода. Подростки могут избить сверстника лишь за то, что он не такой как они (ходит в музыкальную школу, не курит и не пьет, хорошо учится, не так одевается и т.д.). В подобных агрессивных действиях бывают замешаны целые группы подростков, которые отстаивают, защищают, как им кажется, честь группы или своего лидера. Агрессивные действия между «своими» часто происходят из-за непонимания, соперничества, борьбы за лидерство.

А.М. Прихожан (2015) при исследовании подростков 12 – 14 лет с признаками устойчивой агрессивности выявлено, что у них восприятие и интерпретация ситуаций, выбор, принятие решений реализуются на основании искаженного представления о ситуации, формируемого под влиянием предшествующей «агрессивной» установки. В.А. Абрамовым и соавт. [1] при исследовании детей и подростков с агрессивным поведением методикой Розенцвейга показано наличие у них низкой фрустрационной толерантности,



методикой Люшера – труднопрогнозируемого поведения, тестом Басса-Дарки – недостаточности адаптационных возможностей, склонности к импульсивным действиям.

На сегодняшний день, имеются сходные по общей направленности методики работы с семьями агрессивных подростков. В частности, существуют техники «Супружеская конференция» Р. Шермана, Н. Фредмана [10], «Конструктивная ссора» и «Супружеский договор» С. Кратохвила [5]. О.В. Игнатовой [4] разработана методика «Семейный договор», позволяющая, наряду с применением классических методов семейной терапии, формировать эффективные когнитивные установки и поведенческие стереотипы в кругу семьи. Данная методика представляет собой свод прав и обязанностей всех членов семьи, который определяется каждой конкретной семьей в индивидуальном порядке в присутствии психолога.

Выводы. Агрессивность у подростков проявляется в разных формах и детерминирована множеством факторов. Формирование личности в подростковом и юношеском возрасте характеризуется противоречивым переплетением двух потребностей: обособления (приватизации) и аффилиации, то есть потребности в принадлежности, включении в какую-то группу или сообщество. Необходимо продолжать более детальное и глубокое рассмотрение данной темы и разработку конкретных схем практических действий в указанной области, как на уровне психологической и педагогической работы с подростками, так и на уровне практической психиатрии.

Список литературы:

1. Абрамов В.А., Бурцев А.К., Вольфогель А.Л., Выговская Е.М., Ряполова Т.Л., Пырков С.Г., Денисов Е.М. Некоторые клинико-психологические особенности детей и подростков с агрессивным поведением // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 40 – 41.
2. Елизаров А.Н. Социально-психологическая помощь семье, страдающей от насилия // Психология зрелости и старения. Ежеквартальный научно-практический журнал. 2006. №4 (36). – С. 32 – 48.
3. Ениколопов С.Н. Современные проблемы психологии семейного насилия // Домашнее насилие в отношении женщин: Масштабы, характер, представления общества. – М.: МАКС-Пресс, 2003. – С. 96 – 102.
4. Игнатова О.В. Ребенок-агрессор: выученное экстрадеструктивное поведение. Психологическая газета. 11.12.2014. URL: http://cpprik.ucoz.ru/load/konsultacija_u_detskogo_semejnogo_psikhologa/otvechaet_psikholog/rebenok_agresor_vyuchennoe_ekstradestruktivnoe_povedenie/2-1-0-36 (Дата обращения: 23.12.2020).
5. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.
6. Лалаянц И. Укрощение агрессии – возможно: Советы родителям / И. Лалаянц // Семья и школа. – 2008. – № 9. – С. 18 – 19.



7. Практический психолог Ведмеш Н.А. Спикер Медико-психологического центра «ПсихоМед». URL: <https://psihomed.com/agressivnoe-povedenie-rodostkov/> (Дата обращения: 23.12.2020).

8. Синельников А. Выученные уроки: Подростки и проблема насилия в семье // Обыкновенное зло: исследования насилия в семье / Под ред. О.М. Здравомысловой. – М.: Едиториал УРСС, 2003. – С. 92 – 122.

9. Сурова Е.В. Особенности проявления агрессии у современных подростков: опыт изучения // Молодой ученый. – 2018. – № 6 (192). – С. 154 – 157. URL: <https://moluch.ru/archive/192/48347/> (Дата обращения: 23.12.2020).

10. Шерман Р., Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии. Руководство. – М.: Класс, 2001. – 336 с.



УДК 159.9

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Иванова И.П.

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Чувашский государственный педагогический
университет им. И.Я. Яковлева»
Кафедра психологии и социальной педагогики
г. Чебоксары, Российская Федерация

Актуальность темы. Изучение особенностей подросткового возраста в современной психологии занимает особое место, этот возраст является важным в формировании здоровой и самостоятельной личности. В подростковом возрасте происходят колоссальные изменения, которые способствуют физическому, психическому, интеллектуальному и нравственному и социальному формированию личности и его здоровья. Половое созревание и физиологические изменения сказываются на психологическом состоянии подростков. Чувство взрослости является новообразованием данного возраста. Взросление подростков сопряжено с определенными трудностями, которые негативно влияют на психологическое благополучие подростков. У современных школьников прослеживаются высокий уровень тревожности, низкая саморегуляция, проблемы во взаимоотношениях со сверстниками, проблемы семейного воспитания, сложности в отношениях с родителями, что влияет на психологическое здоровье подростков.

Психологические особенности возраста таковы, что в этом период резко возрастает количество девиаций в поведении. Этот возраст сензитивен для развития различных аддикций, виктимного поведения и т.д.

Все эти факторы приводят к тому, что у школьников снижаются ресурсы организма, которые приводят к снижению соматического и психологического здоровья, развивается резистентность к болезням. Отклонения в психологическом здоровье возникают из-за противоречий между актуальными потребностями подростков и возникающими проблемами социализации и развития личности подростков. К сожалению, нарушения психологического здоровья наблюдаются на всем протяжении возраста. Психологическое здоровье является основой жизнеспособности детей и подростков, которым придется в этой жизни решать совсем непростые задачи: научиться отвечать за себя и за своих близких, за других людей, научиться учиться, правильно вести себя, освоить социальные навыки, создавать образ своего «Я». Всё это в совокупности обуславливает актуальность исследования.



Цель исследования. В данном исследовании предполагается изучение факторов, влияющих на психологическое здоровье подростков с последующей разработкой определенных мер для улучшения его в дальнейшем.

Материал и методы. Методика «Индивидуально-типологический опросник» Л.Н. Собчик. Для изучения эмоционального интеллекта была использована методика «эмоционального интеллекта» Н. Холла.

Экспериментальной базой исследования стали учащиеся 7-го класса Муниципального автономного общеобразовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа №27» (МБОУ «СОШ №27») г. Чебоксары. В эксперименте участвовали 32-а ученика.

С помощью методики «Индивидуальная модель психологического здоровья» А.В. Козлова мы выявляли выраженность восьми векторов реализации психологического здоровья: «стратегический вектор», «просоциальный вектор», «я-вектор», «творческий вектор», «духовный вектор», «интеллектуальный вектор», «семейный вектор», «гуманистический вектор».

Результаты и их обсуждение. Термин «психологическое здоровье» был введен 1979 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Психологическое здоровье рассматривается как состояние душевного благополучия, отсутствие болезненных психических явлений.

Изучением психологического здоровья занимались И.В. Дубровина и О.В. Хухлаева, ими проведены концептуальные исследования психического и психологического здоровья. Б.С. Братусь рассматривал психическое здоровье как сложное многоуровневое образование. Впервые психическое здоровье и психологическое здоровье разграничила И.В. Дубровина. По мнению И.В. Дубровиной, психологическое здоровье делает личность самодостаточной. «...Мы вооружаем ребенка – в соответствии с возрастом – средствами самопонимания, самопринятия в контексте взаимодействия с окружающими его людьми и в условиях культурных, социальных, экономических и экологически реальностей окружающего мира» [3].

Здоровье человека определяется как динамическое равновесие организма с окружающей природой и социальной средой, где человек полноценно выполняет социальные функции. Психологическое здоровье характеризуется совокупностью психических характеристик и особенностей, которые обеспечивают динамическое равновесие. Итак, психологическое здоровье способствует успешной социализации. Подростковый возраст характеризуется частой дезадаптацией. Поэтому одной из важных задач психологической службы в школе является развитие и сохранение психологического здоровья всех участников образовательного процесса [1].

О.В. Хухлаева считает, что кризис подросткового возраста может привести к специфическим нарушениям психологического здоровья подростков. Также на важности сохранения психологического здоровья подростков акцентирует Р. Мэй (американский психолог и психотерапевт). Исследуя проблему психологического здоровья, он убежден, что на душевное здоровье человека



активно влияют социальные роли. Подростковый возраст характеризуется активной социализацией, поэтому данное утверждение показывает важность психологического здоровья.

Несмотря на то, что существует немало исследований феномена психологическое здоровье, однозначного подхода в определении понятия нет. В данном исследовании психологическое здоровье рассматривается как состояние благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических явлений, адекватными взаимоотношениями с окружающими.

О.В. Хухлаева определяет структуру психологического здоровья следующим образом: аксиологический, инструментальный, потребностно-мотивационный, развивающий и социально-культурный аспекты [7].

Для выявления происходящих изменений в личности подростка необходимо вовремя получить точные сведения об эмоциональных особенностях личности, выявить причины неуспеваемости. С этой целью необходимо определить диагностическую программу, которая в себя включает изучение показателей психологического здоровья.

Осуществление этой программы предполагает, в первую очередь, изучение и анализ медицинских карт, которую осуществляет классный руководитель.

Далее психолог должен подобрать методы для диагностики мотивационного и эмоционального благополучия.

Для изучения психологического здоровья в арсенал психолога можно включить следующие методики: «Индивидуальная модель психологического здоровья» А.В. Козлова, которая способствует выявлению индивидуальной модели психологического здоровья; методика диагностики уровня психологического здоровья семьи (автор – В.С. Торохтий) – эта методика помогает изучению семейных взаимоотношений – супружеских и детско-родительских; тест-опросник диагностики уровня школьной тревожности Б. Филлипса – она диагностирует уровень и характер тревожности, связанной со школой; методика диагностики самооотношения (авторы – Е. Пирс, Д. Харрис), с помощью которой оценивается уровень и показатели самооотношения учащихся.

Психологическое здоровье напрямую зависит от эмоционального благополучия. К сожалению, у современных подростков наблюдается эмоциональная нестабильность.

Выявление основных факторов, влияющих на психологическое здоровье, является важным в организации профилактической и коррекционной деятельности. Эти факторы можно разделить на внешние (социальные) и внутренние (психологические).

К внешним факторам, оказывающим влияние на психологическое здоровье, можно отнести: социокультурные отношения (традиции, уклад жизни, требования общества и т.д.), социально-экономические (материальное и бытовое неблагополучие; неблагоприятный климат в семье, экономические проблемы, занятость родителей), социальные взаимоотношения (семейные отношения, детско-родительские отношения, семейное воспитание).



К внутренним факторам относятся личностные особенности: свойства личности, черты характера, свойства нервной системы, стрессоустойчивость [5].

Психологическое здоровье зависит от комплекса факторов, находящихся в тесной сложной взаимосвязи.

На современном этапе остро стоит проблема семейных отношений, семейного воспитания. Изменились детско-родительские отношения. Появилось такое явление, которое называется скрытым сиротством. Психологи, педагоги отмечают изменение отношения к детям. Дети вытесняются из семьи, ребенок становится отчужденным от семьи, общества, условий жизни. Отчуждение характеризуется прекращением или отсутствием близости между близкими, родными людьми, отдалением, обособленностью. Причиной возникновения чувства отчуждения является отказ от ребенка, эмоциональное непонимание, телесные наказания, физическое и психическое насилие, неприятие интересов детей, отсутствие нормальных условий жизни.

Отчужденность приводит к эмоциональным переживаниям, к разрушению неокрепшей психики ребенка, торможению развития.

К феноменологическим признакам отчуждения относятся возникновение чувства бессилия, бессмысленности существования, одиночества. Отчуждение ребенка от близких – это особый вид насилия. Насилие приводит к нарушению психологического здоровья.

Также к факторам психологического здоровья относятся эмоциональное состояние. Важное значение для развития благополучия эмоциональной сферы играет развитый эмоциональный интеллект. Эмоциональный интеллект является одним из источников психического развития, успешного гармоничного формирования личности. Он позволяет человеку ориентироваться на партнера по общению и учитывать его эмоциональные состояния при взаимодействии, регулирует социальную дистанцию, потребности, деятельность, конфликты и выступает самым ранним средством адаптации человека в социуме [6].

Проведя методику «Индивидуально-типологический опросник» Л.Н. Собчик, получены следующие результаты: для подростков характерны эмоциональная неустойчивость, повышенный уровень сензитивности, агрессивность, высокая тревожность, которая усиливает эмоциональное напряжение, внутрличностный конфликт. Замкнутость и социальная пассивность часто приводят к дезадаптивному поведению, следствием чего становится нарушение психологического здоровья.

Для изучения эмоционального интеллекта была использована методика «эмоционального интеллекта» Н. Холла, которая позволяет выявить способности понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе принятия решений.

По результатам исследования у 15-ти учеников (47%) средний уровень эмоционального интеллекта, характеризующийся тем, что подростки умеют распознавать свои эмоции и настроение, побуждения, потребности, сильные и слабые стороны, тип личности, индивидуальный стиль общения, привычки,



предпочтения и другие особенности, а также произвольно управлять своими эмоциями и настроениями.

У 9-ти учеников (28%) выявлен высокий уровень эмоционального интеллекта, характеризующийся тем, что он реализуется во взаимодействии, поведении и деятельности.

У 8-ми учеников (25%) определялся низкий уровень эмоционального интеллекта, который характеризуется неумением управлять своими эмоциями и настроениями, чувствовать эмоции и настроения других людей, понимать их точку зрения и проявлять активный интерес к их заботам, а также воздействовать на эмоциональное состояние других людей.

В результате исследования при использовании методики «Индивидуальная модель психологического здоровья» А.В. Козлова высокий уровень психологического благополучия выявлен у 8-ми учеников (25%); средний уровень психологического здоровья продемонстрировали 14-ть учеников (44%); у 10-ти учеников (31%) – низкий уровень психологического здоровья.

Высчитав корреляционную зависимость, мы выявили, что существует прямая зависимость между психологическим здоровьем и эмоциональным интеллектом.

Эмоциональное состояние – один из решающих факторов для психологического здоровья подростка. Негативное эмоциональное состояние ухудшает как здоровье в целом, так и психологическое здоровье [4].

Забота о психологической безопасности и здоровье детей является обязательным для каждой образовательной организации. Школьный период является весьма уязвимым, подростковый возраст в этом плане является периодом возрастного кризиса, и он в большей степени подвержен риску.

Выводы. Таким образом, подростковый период является периодом интенсивного развития личности, периодом интенсивных изменений. Сохранение психологического здоровья в этом возрасте является основной задачей психологов, педагогов, родителей. Психологическое здоровье является важным условием успешности в жизни. Важным фактором для психологического здоровья является эмоциональное благополучие.

Список литературы:

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Концептуальные основы психологии здоровья / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
2. Башкирева Т.В. Общие критерии психического, психологического, социального здоровья / Т.В. Башкирева // Мир психологии. – 2013. – №2 (50). – С. 140 – 150.
3. Дубровина И.В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности / И.В. Дубровина // Вестник практической психологии образования. – 2009. – №3 (20). – С. 17 – 21.
4. Иванова И.П. Особенности подготовки будущих педагогов-психологов к работе с подростками с агрессивным поведением / И.П. Иванова,



Л.П. Терентьева // Вестник Чувашского государственного педагогического университета им. И.Я. Яковлева. – 2017. – № 4 (96). – С. 133 – 139.

5. Иванова И.П. Об организации работы по обучению здоровью студентов психолого-педагогического факультета / И.П. Иванова // Актуальные проблемы воспитания студенческой молодежи. – Чебоксары. – 2006. – С. 66 – 69.

6. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.

7. Хухлаева О.В. Психологическое здоровье учащихся как цель работы школьной психологической службы. Доступ по ссылке – <http://psy.1september.ru/article.php?ID=200701402>.



УДК 577.151.6

**АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В МИОКАРДЕ КРЫС ПРИ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ДЕЙСТВИИ
МИЛДРОНАТА И СУКЦИНАТА ХИТОЗАНА**

Кириченко Л.А., Попова Т.Н., Сафонова О.А.,
Светашова А.М., Андриенко Е.А.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Воронежский государственный университет»
Кафедра медицинской биохимии и микробиологии
г. Воронеж, Российская Федерация

Актуальность темы. Инфаркт миокарда (ИМ) в настоящее время остается основной причиной смертности и инвалидизации во всем мире. Известно, что окислительный стресс вносит существенный вклад в развитие повреждения и гибели кардиомиоцитов. Каскад метаболических нарушений, возникающий в результате дефицита АТФ и кислорода, приводит к повреждению митохондрий, активации прооксидантных ферментативных систем и развитию местной воспалительной реакции [7]. В результате наблюдается усиление продукции активных форм кислорода, в том числе – супероксидного анион-радикала, который не только сам повреждает структурные компоненты клетки, но и является предшественником более агрессивных молекул. Важную роль в его детоксикации играет антиоксидантный фермент супероксиддисмутаза (СОД, КФ 1.15.1.1) [4].

В связи с активацией свободнорадикальных процессов на фоне ИМ включение в терапию данной патологии соединений с антиоксидантной активностью является перспективным направлением в кардиологии, имеющим большое значение для развития восстановительной медицины. В настоящее время широко используется препарат Милдронат (Мельдоний, 3-(2,2,2-триметилгидразиний) пропионат), который, блокируя β -окисление жирных кислот, активирует окисление глюкозы, и, таким образом, позволяет клетке выжить в условиях гипоксии [3]. Среди потенциальных кардиопротекторов достаточно перспективными являются производные сукцината и хитозана – соединений, хорошо известных своими антигипоксантами и антиоксидантными свойствами [1].

Целью исследования явилась оценка воздействия милдроната и сукцината хитозана на активность супероксиддисмутазы в миокарде крыс с экспериментальным инфарктом миокарда. Милдронат использовался как препарат сравнения.

Материал и методы. Материалом явились белые лабораторные крысы-самцы линии Вистар массой 200 – 250 г. Все манипуляции в ходе эксперимента проводились в соответствии с требованиями Международных правил гуманного



обращения с лабораторными животными и Санитарными правилами по отбору и содержанию экспериментально-биологических клиник (вивариев). Развитие экспериментального ИМ было индуцировано путем двух подкожных инъекций синтетического катехоламина изопротеренола (изопреналин, L-β-(3,4-дигидроксифенил)-α-изопропиламиноэтанолгидрохлорид) в дозе 85 мг/кг в виде раствора в 0,5 мл 0,9% NaCl с интервалом в 24 часа [5]. Забор образцов ткани миокарда для исследования проводился спустя 48 часов с начала эксперимента.

В ходе эксперимента животные были разделены на 4-е группы: первая группа являлась контрольной; во вторую группу вошли крысы с экспериментальным ИМ; третья группа включала животных, которые на фоне ИМ получали внутривенно сукцинат хитозана в дозе 6 мг/кг 3 раза в день в течение двух суток; крысы четвертой группы на фоне ИМ получали препарат милдронат в дозе 3,5 мг/кг по аналогичной схеме.

Активность СОД в гомогенате сердца оценивали по реакции ингибирования восстановления нитросинего тетразолия в неферментной системе феназинметасульфата и НАДН. Для определения содержания общего белка использовали унифицированный биуретовый метод [2].

Для оценки достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали различия, для которых $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Было показано, что через 48 часов после индукции экспериментального ИМ в миокарде имеет место увеличение активности СОД, выраженной в Е/г с.м. (единица активности на грамм сырой массы), в 1,5 раза, активности, выраженной в Е/мг белка – в 2,7 раза по сравнению с контрольной группой, что указывает на адаптивную реакцию антиоксидантной системы в ответ на развитие окислительного стресса (рис. 1А и 1Б). В частности, ранее было показано, что метаболизм изопротеренола сопровождается гиперпродукцией активных форм кислорода, в том числе супероксидного анион-радикала, что способствует гиперэкспрессии молекул СОД в сердечной мышце [6].

Введение милдроната способствовало снижению активности СОД в миокарде, выраженной в Е/г.с.м., в 1,3 раза, а удельной активности – в 1,6 раза по сравнению с патологией (рис. 1А и 1Б). По-видимому, антиоксидантные свойства препарата реализуются за счет торможения реакций пероксидного окисления липидов и детоксикации продуктов их окисления, а также за счет стимуляции эндогенной антиоксидантной системы организма, прежде всего – ферментативного звена [3].

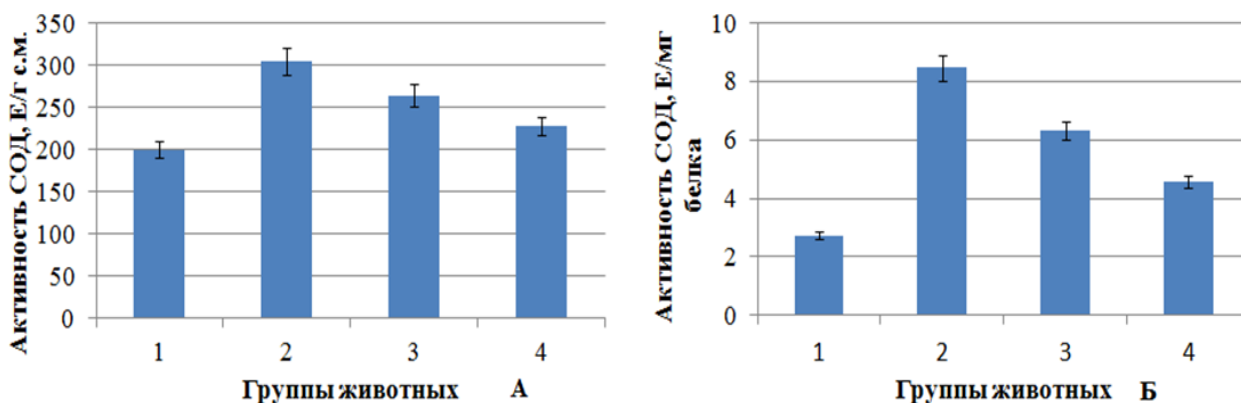


Рисунок 1. Активность супероксиддисмутазы, выраженная в Е/г с. м. (А) и Е/мг белка (Б), в миокарде крыс в контроле (1); при экспериментальном ИМ (2); при введении сукцината хитозана (3) и милдроната (4) на фоне развития патологии.

В миокарде животных, получавших на фоне ИМ сукцинат хитозана, наблюдалось уменьшение активности указанного фермента, выраженной в Е/г с.м., и активности, выраженной в Е/мг белка, в 1,2 раза по сравнению с патологией (рис. 1А и 1Б), что указывает на способность данного соединения оказывать положительное влияние на свободнорадикальный гомеостаз в условиях ИМ. Видимо, это реализуется посредством торможения реакций Фентона и Хабера-Вейса, стабилизации клеточных мембран, непосредственным связыванием свободных радикалов, а также через стимуляцию антиоксидантной системы организма [1].

Выводы. Таким образом, милдронат и сукцинат хитозана способны снижать нагрузку на антиоксидантную систему миокарда крыс с экспериментальным ИМ за счет своих антиоксидантных и антигипоксантных свойств, о чем свидетельствует изменение в сторону контрольных значений активности СОД – одного из ключевых звеньев антиоксидантной системы.

Список литературы:

1. Воздействие производных янтарной кислоты и хитозана на оксидативный статус тканей крыс при ишемии/реперфузии головного мозга / О.А. Сафонова и [др]. // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2014. – Т. 77. – №1. – С. 561 – 565.
2. Методы оценки оксидативного статуса: учебно-методическое пособие. – Т.И. Рахманова [и др]. – Воронеж: ИПЦ ВГУ, 2009. – 62 с.
3. Стаценко М.Е. Метаболическая кардиопротекция мельдонием при ишемической болезни сердца: итоги и перспективы. / М.Е. Стаценко, С.В. Туркина // Лечащий врач. – 2012. – №7. – С. 62 – 65.
4. Супероксиддисмутаза в составе антиоксидантной терапии: состояние вопроса и перспективы. / Т.А. Пушкина [и др]. // Неотложная медицинская помощь. – 2016. – №4. – С. 42 – 47.



5. Administration of zinc complex of acetylsalicylic acid after the onset of myocardial injury protects the heart by upregulation of antioxidant enzymes / S. Korkmaz-Icöz [et al]. // *The Journal of Physiological Sciences*. – 2016. – Vol. 66. – № 2. – P. 113 – 125.

6. Amelioration of Isoproterenol-Induced Oxidative Damage in Rat Myocardium by *Withania somnifera* Leaf Extract / Md. Ibrahim Khalil [et al] // *BioMed Research International*. – 2015. – Vol. 2015. – P. 1 – 10.

7. Treating oxidative stress in heart failure: past, present and future / Atze van der Pol, [et al]. – *European Journal of Heart Failure*. – 2019. – Vol. 21, №4. – P. 425 – 435.



УДК: 615.85:616.89-008.441.13

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Колесников Д.А., Кондуфор О.В., Борщ Д.В.

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки»

Кафедра психиатрии и наркологии

г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. Аффективные нарушения являются одной из составляющих шизофрении [2]. Как правило, при эндогенно-процессуальных психозах депрессия как самостоятельный психопатологический синдром неоднозначна и многогранна, и может быть представлена как болезненными навязчивостями депрессивного содержания со слабой выраженностью компонентов триады, так и в разной степени выраженности составляющими классической триады, кроме того, соматоформными проявлениями, идеями самообвинения и осуждения. Однако чаще всего аффективные расстройства входят в состав аффективно-бредового синдрома [3]. Аффективные расстройства в составе данного синдрома могут проявляться в виде депрессии в сочетании с бредом преследования или ипохондрическим бредом, галлюцинациями и псевдогаллюцинациями депрессивного содержания (чаще осуждающие), либо же с тревожным радикалом при бреде интерметаморфозы. В виде маниакального синдрома могут быть представлены бредом величия в сочетании с вербальными псевдогаллюцинациями восхваляющего характера.

При наличии коморбидной патологии в виде синдрома зависимости, вызванном употреблением алкоголя или наркотических средств, аффективная патология вовсе приобретает мозаичный, непредсказуемый характер. В частности, особый интерес представляет депрессивная симптоматика, определяемая в рамках эндогенного процесса, и именно её наличие способно потенцировать прием психоактивных веществ. Кроме этого, не следует пренебрегать тем фактом, что употребление психоактивных веществ способно спровоцировать манифест эндогенного процесса [4]. Нельзя также не обратить внимание на то, что при возникновении расстройств психотического уровня на этапе предварительной первичной диагностики вопросы принадлежности таких расстройств представляют серьезные сложности и дифференцировать их – достаточно непростая задача [1].

Сопутствующая патология при шизофрении способна оказывать негативное влияние на все звенья психопатологического процесса, в том числе и аффективные расстройства [5]. Особый интерес в этой связи вызывает сосуществование шизофрении и химической зависимости, в частности злоупотребление алкоголем, в виду достаточно частой встречаемости данной



патологии. Однако в современной литературе все еще не так много данных о состоянии различных сфер психической деятельности при данной сочетанной патологии.

Для лучшей социальной адаптации пациентов с шизофренией в сочетании с химической зависимостью, коррекции эмоционально - волевых расстройств необходима психосоциальная реабилитация, которая будет направлена на все звенья патогенетического процесса. С учетом вышеизложенного, она должна включать в себя комплекс различных психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, которые в своей совокупности будут способны обеспечить лучшую социальную реадaptацию и помочь стабилизации состояния для достижения стойкой ремиссии. Применение психосоциальной реабилитации для лиц с сочетанной эндогенной и экзогенной патологией является достаточно сложной задачей, так как требует особого отношения к данной категории пациентов. До сих пор существует не так много данных о влиянии психосоциальной реабилитации на аффективную сферу пациентов с шизофренией в сочетании с химической зависимостью.

Цель исследования. Установить влияние психосоциальной реабилитации на аффективные нарушения у пациентов с параноидной шизофренией в сочетании с химической зависимостью.

Материал и методы. Нами было обследовано 35 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения: 23 пациента с эпизодическим типом течения со стабильным дефектом (65,7%), 8 – с эпизодическим типом течения с нарастающим дефектом (22,9%), 4 – с непрерывным типом течения заболевания (11,4%). В анамнезе у всех пациентов имела место алкогольная или наркотическая зависимость. Возраст манифестации эндогенного заболевания составлял $33,5 \pm 4,3$ лет. Средний возраст пациентов – $37,3 \pm 3,5$ лет. Среди 35-ти пациентов: 28 мужчин (80%), 7 женщин (20%). Все пациенты на момент исследования находились на стационарном лечении в Государственном учреждении «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики. Для проведения психосоциальной реабилитации использовались стандартные методики (терапия средой, психообразовательное просвещение, комплайнс-терапия, элементы когнитивно-бихевиоральной терапии). Длительность реабилитации составляла 3 недели во время пребывания в стационаре. Все пациенты были разделены на две исследуемые группы: 1-я – пациенты, получающие психофармакотерапию и участвующие в психосоциальной реабилитации (n=24), 2-я – пациенты, получающие только психофармакотерапию (n=11).

В ходе исследования применялся клиничко-психопатологический, психометрический, катamnестический и статистический методы. Нами проводилось клиническое интервью с пациентами, изучались и подвергались анализу данные анамнеза. Психометрические методики включали в себя Шкалу позитивных и негативных синдромов (PANSS), Шкалу оценки депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) и Шкалу мании Янга (YMRS). Шкала



позитивных и негативных синдромов представляет собой стандартизированную методику многомерной оценки психопатологической симптоматики у пациентов с шизофренией – выявление и регистрация позитивных и негативных симптомов, для которых выделено две субшкалы. Шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберга и шкала мании Янга являются хорошо зарекомендовавшими себя психометрическими методами оценки наличия и выраженности аффективных симптомов. С помощью MADRS и YMRS специалист имеет возможность более точно дифференцировать субдепрессивные, депрессивные или гипоманиакальные, маниакальные состояния путем подсчета баллов. Статистическая обработка проводилась в программе SPSSStatistics 27.0 с применением критерия Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмена ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Максимальный показатель по всем шкалам у пациентов 1-й группы до начала психосоциальной реабилитации составил: для субшкалы позитивных симптомов PANSS – 38 баллов, для субшкалы негативных симптомов – 35 баллов, MADRS – 32 балла, YMRS – 36 баллов. Минимальные значения данной группы до начала лечения: субшкала позитивных симптомов – 17 баллов, субшкала негативных симптомов – 15 баллов, MADRS – 6 баллов, YMRS – 5 баллов. После прохождения реабилитации наблюдалось уменьшение максимального балла по всем шкалам: позитивные симптомы – 16 баллов, негативные симптомы – 20 баллов, MADRS – 17 баллов, YMRS – 12 баллов. Минимальный балл так же уменьшился: позитивные симптомы – 9 баллов, негативные симптомы – 10 баллов, MADRS – 3 балла, YMRS – 2 балла. При сравнении средних баллов 1-й группы до и после психосоциальной реабилитации статистически достоверно уменьшение показателей всех трех шкал: субшкала позитивных симптомов – 4,3 балла, субшкала негативных симптомов – 5,8 балла, MADRS – 12,5 балла, YMRS – 7,6 балла.

Максимальные показатели до начала терапии 2-й группы составили: для шкалы позитивных симптомов – 36 баллов, негативных симптомов – 33 балла, MADRS – 32 балла, YMRS – 33 балла. Минимальные показатели равнялись: для субшкалы позитивных симптомов PANSS – 19 баллов, для субшкалы негативных симптомов – 11 баллов, MADRS – 8 баллов, YMRS – 4 балла. После терапии максимальные баллы всех шкал изменились: позитивные симптомы – 20 баллов, негативные симптомы – 25 баллов, MADRS – 27 баллов, YMRS – 22 балла. Минимальные баллы тоже уменьшились и составили: позитивные симптомы – 12 баллов, негативные симптомы – 10 баллов, MADRS – 5 баллов, YMRS – 3 балла. После прохождения терапии достоверно понизились следующие показатели: балл по субшкале позитивных симптомов – 3,2 балла, негативных симптомов – 4,1 балла, YMRS – 5,7 балла.

Для сравнения эффективности психосоциальной реабилитации было проведено сравнение средних баллов по всем шкалам 1-й и 2-й группы. В результате было установлено, что пациенты из 1-й группы имели достоверно более низкий показатель по всем шкалам: субшкала позитивных симптомов – 2,6



балла, субшкала негативных симптомов – 3,5 балла, MADRS – 9,4 балла и YMRS – 4,6 балла. Данные показатели свидетельствуют о достаточно высокой эффективности применения психофармакотерапии в комплексе с психосоциальной реабилитацией для коррекции психопатологических нарушений, в особенности аффективных.

Корреляционный анализ позволил выявить среднюю прямую корреляцию между средним баллом MADRS и YMRS ($r=0,358$, $p<0,05$), а также высокую с субшкалой позитивных ($r=0,731$, $p<0,05$) и негативных симптомов ($r=0,811$, $p<0,05$). Средний балл YMRS так же имел высокую прямую взаимосвязь с субшкалой позитивных ($r=0,775$, $p<0,05$) и негативных симптомов ($r=0,724$, $p<0,05$). Между собой шкалы PANSS показали высокую прямую корреляцию ($r=0,894$, $p<0,05$).

Выводы. Применение психофармакотерапии в комплексе с психосоциальной реабилитацией способно оказывать достоверно позитивное влияние на регресс аффективных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией, осложненной химической зависимостью.

Список литературы:

1. Гуреева Д.А. Особенности дифференциальной диагностики шизофрении, интоксикационных психозов вследствие употребления синтетических каннабиноидов и органических психозов на современном этапе / Д.А. Гуреева, Г.А. Гуреев, И.А. Уваров, В.Т. Лекомцев // Практическая медицина. – 2017. – 1(102). – С. 19 – 22.
2. Климова И.Ю. Аффективные нарушения у лиц, страдающих шизофренией коморбидной каннабиноидной зависимостью / И.Ю. Климова, А.А. Овчинников // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2015. – 4 (25). – С. 1 – 7.
3. Назимова С.В. Психопатологическая структура приступов шизофрении, формирующихся в условиях экзогенного воздействия / С.В. Назимова, П.А. Баранов // Современная терапия в психиатрии и наркологии. – 2013. – №2. – С. 5 – 9.
4. Старченкова А.М. Клинический случай коморбидности компьютерной игровой зависимости, употребления синтетических каннабиноидов и шизофрении / А.М. Старченкова, А.В. Урсу, А.В. Худяков // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – 21 (4). – С. 46 – 49.
5. Green A.I. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder / A.I. Green, R.E. Drake, M.F. Brunette et al. // AmJ Psychiatry. – 2007. – 164 (3). – P. 402 – 408.



УДК 159.73589:372

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ: ЕДИНСТВО АФФЕКТА И ИНТЕЛЛЕКТА. ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Конаш О.В.

Гомельский государственный университет имени Франциска Скорина
Кафедра психологии
г. Гомель, Беларусь

Актуальность темы. В отечественной психологии еще в начале XX века рассматривалась идея о единстве аффективных и когнитивных психических процессов человека. В книге «Педагогическая психология» в 1930 году Л.С. Выготский говорит о том, что мышление направляется именно силами «эмоциональной базы», мысли человека подчиняются «не механическим законам достоверности, но психологическим законам эмоции». Лев Семенович утверждал, что нельзя отдельно рассматривать интеллектуальную и аффективную сторону нашего сознания, которое он определяет, как «динамическую смысловую систему, представляющую собой единство аффективных и интеллектуальных процессов» [1].

Цель исследования. Теоретический анализ единства эмоционального и интеллектуального. Соотнесение компонентов эмоционального интеллекта (ЭИ) с мозговой локализацией.

Материал и методы. Теоретический анализ научной литературы, изучение результатов клинических исследований эмоциональной сферы человека.

Результаты и их обсуждение. Тему взаимодействия аффективных и когнитивных процессов продолжил С.Л. Рубинштейн. Он пришел к выводу о том, что мышление уже является единством эмоционального и интеллектуального. При этом он отмечал, что обычно интеллектуальная деятельность направляет эмоциональное возбуждение и тормозит его, но при сильном эмоциональном возбуждении возможно импульсивное поведение, наша интеллектуальная деятельность в таком случае не сможет остановить аффект. А.В. Брушлинский называет такое взаимодействие (эмоций и интеллекта) «взаимопроникновением», Г.Г. Гарскова первая среди отечественных авторов упоминает термин «эмоциональный интеллект» [2]. Особо следует отметить отечественного психолога В.Д. Шадрикова. В работе «Ментальное развитие человека» ученый вводит понятие «духовные способности», которые он понимает, как способности, направленные на познание других людей, которые определяют успешность поведения. Так, получается, что «духовные способности» - это не что иное как «эмоциональный интеллект». В дальнейшем, В.Д. Шадриков возвращается к данной проблеме уже в 2007 году в статье «К понятию эмоционального интеллекта». Здесь он определяет ЭИ как *систематическое проявление интеллектуальных и эмоциональных*



способностей с целью обработки разных видов информации, регуляции поведения. Основываясь на идеях В.Д. Шадрикова, И.Н. Андреева создает собственную синтетическую теорию ЭИ [2]. Она выделяет три компонента иерархической структуры ЭИ: *интеллект индивида* – эмоциональность, активность, «эмоциональная беглость», эмоциональная устойчивость, сензитивность, экстраверсия; *интеллект субъекта деятельности* – осведомленность в сфере эмоций, содержательный индивидуальный словарь эмоций, фасилитация мышления, эффективная эмоциональная саморегуляция; *интеллект личности* – ответственность за собственное эмоциональное благополучие, адекватные ментальные репрезентации внутренних и внешних эмоциональных явлений. И.Н. Андреева говорит о том, что можно выделить *внутриличностный* (направлен на эмоции индивида) и *межличностный* (направлен на эмоции других людей) компоненты ЭИ. Таким образом, интегральный ЭИ можно рассматривать как совокупность умственных способностей для обработки эмоциональной информации, а также знания и навыки, связанные с эмоциональной сферой. Д.В. Люсин, анализируя известные зарубежные модели ЭИ, предлагает новую модель. Эту концепцию определяет ученый, как способность понимать свои и чужие эмоции и управление ими. Способность понимать эмоции означает, что человек может распознавать эмоции, может идентифицировать эмоции, понять причины этой эмоции, и последствия, к которым это привело. Способность управлять эмоциями означает, что человек может контролировать интенсивность эмоций, может контролировать внешнее выражение эмоций, может вызвать определенную эмоцию. Эти способности могут быть направлены как на себя, так и на других. По мнению Д.В. Люсина, способность к пониманию эмоций и управлению ими очень тесно с личностными характеристиками человека. То есть, «эмоциональный интеллект» – это психическое свойство, формирующееся в ходе жизни человека под влиянием когнитивных способностей, представления об эмоциях, особенностей эмоциональной сферы человека (лабильность, сензитивность) [2]. А.Н. Леонтьев определял эмоции как «внутренний регулятор деятельности», при этом эмоции регулируются через мотивы, которые человеком осознаются редко. Он говорил, что именно неосознанность наших эмоциональных явлений отличает их от ВПФ, которые в большинстве своем контролируются сознанием. Также эмоции по-другому развиваются, распадаются и нарушаются [3]. Л.С. Выготский соглашается с А.Н. Леонтьевым и говорит о том, что эмоции и познавательные процессы тесно взаимодействуют, взаимно управляют друг другом. Но при этом он их не отождествляет. Изучением взаимодействия эмоционально-личностной сферы и нейропсихологических (латеральных) позиций начались с исследований А.Р. Лурия, которым установлено, что нарушения эмоционально-личностной сферы проявляются при различных вариантах «лобного синдрома». При этом нарушается высокоинтеллектуальное чувство юмора. В последние годы клиницистами (психиатрами, невропатологами) все больше внимания уделяется



изучению эмоциональных нарушений (ЭН), обусловленной межполушарной асимметрией мозга. Было установлено, что ЭН обусловленные поражением правого полушария выражены больше, чем при поражении левого полушария. Поражение правого полушария чаще сопровождается лабильностью эмоциональных реакций, неспособностью к эмоциональному контролю (Т.А. Доброхотова, Н.Н. Брагина, Е.Д. Хомская, С.В. Бабенкова).

С точки зрения нейропсихологии, существует несколько подходов к мозговой организации эмоций. С точки зрения представителей *узкого локализационизма* (В.М. Смирнов, Х. Дельгадо и др.), определенные эмоции соответствуют определенным «подкорковым центрам» эмоций. Проводился ряд исследований, в которых методом электростимуляции пытались вызвать эмоции у человека. Но этим методом удалось вызывать лишь небольшое количество эмоций, которые впоследствии были названы базальными: гнев, страх, удовольствие, печаль, отвращение, радость. Также существует концепция «*эмоционального мозга*». В «Круг Пейпеца» («эмоциональный мозг») входит «лимбическая область переднего и среднего мозга»: гипоталамус, соединенный двусторонними связями с лимбическими структурами переднего и среднего мозга. Эта концепция отводит решающую роль подкорковым структурам, а лимбическая система является органом, воспринимающим эмоциональные ощущения [4]. «Эмоциональный мозг» – система, состоящая из лимбической системы переднего мозга (гиппокамп, перегородка, периформная извилина, поясная извилина, септум, обонятельная луковица), гипоталамуса и лимбической области среднего мозга; эти зоны представляют собой лимбическую долю Брока. Более четкую картину мозговой организации эмоций можно составить, посмотрев на нарушения эмоций при поражении различных областей мозга. Существует три вида поражений, приводящих к нарушениям эмоционально - личностной сферы.

1. Поражение лобных долей. ЭН связаны с поражением медиобазальных отделов лобных долей. Нарушения распространяются на эмоциональный фон, реагирование, изменяются эмоционально-личностные качества. Возможна «эмоциональная тупость», эйфория, отсутствие критичности относительно себя и своего заболевания. При поражении конвекситальных отделов лобных долей наблюдается эмоциональная апатия, потеря интереса к окружающему миру, алекситимия. При поражении же левых лобных долей у больных страдают интеллектуальные процессы, активность, исчезают эмоциональные переживания, связанные с прошлым опытом. Страдает когнитивная оценка эмоций. От лобных долей идут прямые пути к лимбической системе, эта связь способствует осознанности эмоциональных проявлений, запоминанию эмоций, связанных с каким-либо событием.

2. Поражение височных отделов. При поражении височных долей ЭН проявляются в депрессивных состояниях, тревоге, страхе, ужасе. При длительных нарушениях возможно появление фобий. Возможно появление эпилептоидных черт личности (оскуднение эмоциональной сферы,



раздражительность, вспыльчивость). Базальные эмоции остаются сохранными, нет грубых изменений личности, сохраняется критичность. Левая височная доля контролирует произвольность эмоций.

3. Поражение гипофизарно - диэнцефальных отделов. Вследствие поражений в этом отделе наблюдается нарушения гуморальной регуляции, сосудистой, температурной систем, которые вызывают и эмоциональную патологию. Она проявляется в состоянии общего возбуждения, эйфории, бессоннице, агрессивности, озлоблении. Так же характерно изменение личности больного.

По данным исследований, при поражении правого полушария ЭН будут гораздо ярче, серьезнее, чем при поражении левого. Лабильность эмоций, неспособность их контролировать наблюдается при поражении правого полушария. Для поражений левого полушария характерны: тревога, беспокойство, страх, для поражений правого – благодушие, веселость, безразличие. Следовательно, левое полушарие обеспечивает положительные эмоции, правое – отрицательные [4]. Как нам кажется ЭИ будет страдать и при поражениях нижних отделов первого ФБМ (ствол) на фоне астении и связанной с ней раздражительной слабости. Однако, данный вопрос в исследованиях ЭИ не поднимался. Поэтому существует перспектива дальнейших исследований.

В основе распределения функций между левым и правым полушариями лежит принцип экономии энергетических ресурсов активационных механизмов мозга, поскольку имеются факты, доказывающие, что левое полушарие более энергоемко, чем правое. Так, в левом полушарии в височной области (у правшей) более высокий энергетический обмен, так же установлено, что утром энергетический обмен активнее в левом полушарии, вечером – в правом. Правое и левое полушария принимают различное участие в осуществлении психических функций. Так, способность к детализированию, абстрактно-логическому, символному мышлению обеспечивается левым полушарием. Интуиция, творческие возможности, способность воспринимать информацию образами, эмоциональная деятельность – эти способности обеспечивает правое полушарие.

Левое полушарие обеспечивает преимущественно переработку вербальной информации. Человека с доминирующим левым полушарием отличает большой словарный запас, активность, рациональность, целеустремленность. Человеку с ведущим правым полушарием присуще хорошее дедуктивное мышление (сначала осуществляется синтез информации, затем ее анализ), медлительность, малоразговорчивость, созерцательность. Индивидов, у которых нет функционального доминирования полушарий (амбилатеральных), можно условно приравнять к правополушарным, так как их психологические особенности похожи [4]. Также есть предположение, что левое полушарие связано с такими эмоциями как: эйфория, мания, тревога, ярость, правое полушарие – с печалью, тоской, страхом, апатией.

Чтобы человек мог эффективно контролировать свои эмоции и в нужный момент перестроиться на положительные эмоции, не дать себе



концентрироваться на негативных эмоциях, нужно иметь большую активность в левом полушарии (ведущее левое полушарие).

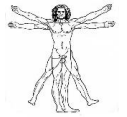
Можно предположить, что и свойства ЭИ зависят от того, какое полушарие у человека ведущее. Так, установлено, что правое полушарие играет ведущую роль в восприятии и понимании эмоций других людей по мимике или голосу [4]. Это важные сведения для нас, ведь понимание эмоций других людей является одним из компонентов ЭИ. Нейропсихологические данные можно соотнести с моделью ЭИ Д.В. Люсина. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Нейропсихологический анализ модели эмоционального интеллекта Д.В. Люсина

Компоненты модели эмоционального интеллекта Д.В. Люсина	Мозговое обеспечение компонента	
Способность распознать эмоцию (у себя и других)	Правая лобная доля (медиобазальные и конвекситальные отделы)	Правая лобная доля (префронтальные области)
Способность идентифицировать эмоцию	Правая и левая лобные доли (медиобазальные и конвекситальные отделы. Правый висок (интонационный) и правый затылочно-теменной отдел (лицевой, мимический, пантомимический)	Правая и левая лобные доли,
Способность понимать причины, вызвавшие данную эмоцию	Левая лобная доля	Левая лобная доля
Способность при необходимости произвольно вызвать ту или иную эмоцию	Правая лобная доля, левая височная доля, у человека будет ригидность, вязкость аффекта и он будет испытывать затруднения в переключении с одной эмоции на другую, в изменении своего эмоционального состояния	Правая лобная доля
Способность к контролю интенсивности эмоций	Правая лобная доля, лимбическая система, лобно-подкорковые взаимосвязи	Правая лобная доля, Медиальные отделы височных долей мозга
Способность к контролю над внешним выражением эмоций	Правая лобная доля, левая височная доля И правый висок тут очень нужен, потому что он дает возможность управления своей интонацией	Правая лобная доля, левая лобная доля

Выводы. Таким образом, заметно, что в большинстве компонентов ЭИ задействовано правое полушарие, а именно правая лобная доля. Левая лобная доля обеспечивает способность понимать причины, вызвавшие определенную



эмоцию. В контроле эмоций принимает участие и левая височная доля, она отвечает за произвольное появление эмоций у человека.

Можно сделать вывод о том, что, возможно, прямой связи между уровнем эмоционального интеллекта и профилем латеральной организации нет, но зато есть корреляция по отдельным его компонентам. Так, высокий уровень понимания своих эмоций и эмоций других людей может быть связан с правополушарностью. Контроль экспрессии связан с функциональной активностью правого полушария, а контроль чужих эмоций связан с доминантностью левого полушария.

Список литературы:

1. Андреева И.Н. Понятие и структура эмоционального интеллекта / И.Н. Андреева // Социально - психологические проблемы ментальности: Материалы 6-й Междунар. научно - практ. конференции. – Смоленск, 2004. – С. 156.
2. Лайнен М.М. Когнитивно - поведенческая терапия пограничного расстройства личности / М.М. Лайнен. – М.: Вильямс, 2008. – 592 с.
3. Леутин В.П. Функциональная асимметрия мозга: мифы и действительность / В.П. Леутин, Е.И. Николаева. – СПб., 2008. – 368 с.
4. Люсин Д.В. [Современная психология эмоций](#) // В кн.: Психология. Программы курсов и учебно-методические комплексы. Для специальности 02.04.00 – Психология. – М.: РГГУ, 2012. – С. 47 – 59.



УДК 616.89-008.441.33:616-08

ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИИ У ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Кондуфор О.В.², Рачкаускас Г.С.^{1,2}, Колесников Д.В.²,
Бобык О.А.^{1,2}, Радионова С.И.^{1,2}

Государственное учреждение «Луганская республиканская клиническая
психоневрологическая больница»¹

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки»²

Кафедра психиатрии и наркологии
г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. Проблема химической зависимости в современном обществе не теряет своей актуальности не только с позиции того, что она представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание. Болезни зависимого поведения влекут за собой социально-экономические потери государства, поскольку затрагивают в большей степени трудоспособное население. Ситуация с потреблением психоактивных веществ в нашем регионе остается напряженной. В большей степени это относится к употреблению спиртных напитков, в отношении наркотических средств следует отметить, что с периода событий 2014 года отмечается тенденция к снижению потребления наркотиков. В отсутствие наркотических средств наркозависимые переходят на более доступный алкоголь, что приводит к развитию викарного алкоголизма. Следствием таких переходных заместительных форм потребления является развитие тяжелой соматической и неврологической патологии, что в значительной степени ухудшает прогноз заболевания. Алкоголь считается наиболее доступным экзогенным токсином, вызывающим энцефалопатию и другие неврологические нарушения. Одним из проявлений токсической энцефалопатии являются нарушения в эмоционально-волевой и мотивационной сфере.

На современном этапе проблемы отклоняющегося поведения активно изучаются клинической психиатрией и наркологией. Это становится понятным в свете реалий нашей жизни, наличием в ней достаточного количества стрессовых ситуаций, социальных преобразований, вынужденным изменениям жизненных условий, общей тревожностью и обеспокоенностью личной безопасностью. В связи с этим возникает необходимость поиска путей выхода из трудноразрешимых ситуаций. Употребление психоактивных веществ обеспечивает достаточно легкий уход от решения проблем посредством изменения психического состояния [2]. В результате злоупотребления психоактивными веществами снижается стрессоустойчивость, происходят личностные изменения, утрачиваются способности конструктивного решения проблем [3,4].



Как показывает опыт наркологической службы, та медицинская помощь, которая оказывается больным с алкогольной и наркотической зависимостью является недостаточной, если она ограничивается лишь общепринятым фармакологическим воздействием. В достижении успешности лечебных мероприятий немаловажным аспектом является качественная ремиссия. Здесь бесспорна роль реабилитации, которая представлена целым комплексом мер, направленных не только на восстановление нарушенных функций организма, физического здоровья, но и коррекцию психического состояния, при проведении которой необходимо учитывать не только индивидуальные личностные особенности, но и психосоциальные характеристики, которые представлены межличностными отношениями и социальной позицией пациентов [5]. Именно на этом этапе важны личностные ресурсы пациентов, которые и определяют их реабилитационный потенциал [1].

Одной из составляющих реабилитационного потенциала является мотивационный компонент. Изучению мотивационного компонента у химически зависимых лиц в последнее время посвящено достаточно большое количество исследований. Причиной этих исследований явилось понимание того, что лечение пациентов, которые не готовы к изменениям своего стиля и образа жизни, не может привести к устойчиво положительным результатам.

В последние годы отмечается стойкая тенденция к интеграции в системе реабилитационных программ для химически зависимых людей и применяемых методов, связанных с изучением различных аспектов мотивации в выздоровлении. Вместе с тем психологических исследований, посвященных данной теме, особенно центральному компоненту – мотивации и ее влиянию на процесс восстановления и выздоровления химически зависимого человека в целом, явно недостаточно. Мотивационный компонент химически зависимых людей, бесспорно, является связующим звеном в процессе адаптации к самой болезни – химической зависимости, к глубинным изменениям личности и сбалансированности жизненных сфер.

Зависимость от психоактивных веществ можно рассматривать как последствия мотивационной деформации, которая формирует наркотическую или алкогольную доминанту. Формирование в процессе лечения пациента мотивации к успеху способно обеспечить высокий реабилитационный потенциал.

Цель исследования. Изучение типа мотивации на разных этапах лечебно-реабилитационных мероприятий, установление корреляции между типом мотивации и реактивной и личностной тревожностью, а также оценка реабилитационного потенциала.

Материал и методы. Было обследовано 38 пациентов с диагнозом алкогольная и наркотическая зависимость (активная зависимость), находящихся на стационарном лечении в наркологическом отделении Государственного учреждения «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики. Все пациенты были разделены на



две исследуемые группы: 1-я – пациенты, которым проводили психокоррекционные занятия, направленные на формирование когнитивных установок на трезвый образ жизни и защиту от употребления психоактивных веществ (ПАВ) (n=23), 2-я – группа сравнения, с которой проводилась традиционная психокоррекционная работа (n=15). Диагноз верифицирован по критериям МКБ –10. Из 38-ми пациентов: 21 пациент с алкогольной (55%) и 17-ть – с наркотической зависимостью (45%). Средний возраст пациентов составил $37,4 \pm 1,7$ года. Манифестация заболевания отмечалась в среднем в возрасте $25,2 \pm 5,3$ лет. В ходе исследования был использован экспериментально-психологический метод «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (МУН) А.А. Реана. Данный опросник разработан для выявления следующих типов мотивации: мотивация успеха (данный тип мотивации определяется количеством набранных баллов от 14-ти до 20-ти), мотивация на неудачу (к данному типу мотивации относятся пациенты, набравшие от 1-го до 7-ми баллов), смешанная или промежуточная мотивация (к этому типу мотивации относятся испытуемые, набравшие от 8-ми до 13-ти баллов). Данная методика была проведена с каждым пациентом в начале стационарного лечения, в завершении курса и затем на амбулаторном этапе реабилитации. Параллельно проводилось исследование реактивной и личностной тревожности с помощью теста Спилбергера-Ханина. Помимо этого, изучены анамнестические данные и катамнез заболевания, проведены мониторинговые занятия и беседы. Статистическая обработка данных проводилась в программе STATISTICA12.5. с применением критерия χ^2 Пирсона ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Группа, пациентов, которым были проведены психокоррекционные занятия для формирования когнитивных установок на трезвый образ жизни и защиту от употребления ПАВ, показала следующие результаты: в начале курса лечения на 4 – 6-й день после купирования абстинентного синдрома, у 9-ти испытуемых (40%) выявлен позитивный тип мотивации, у 6-ти (26%) – смешанный тип, а у 8 – (34 %) – негативный тип мотивации. На 21 – 25-й день после поступления в стационар и проведения занятий с пациентами выявлены следующие результаты: 13-ть (58%) пациентов имели смешанный тип мотивации и высказывали желание пройти курс психосоциальной реабилитации, 6-ть (26%) – имели позитивный тип мотивации и 4 (16%) испытуемых показали негативный тип мотивации, не имея желания продолжать курс реабилитационных мероприятий. Третье исследование проводилось на амбулаторном этапе на 42 – 45-й день, при условии дальнейшего непрерывного проведения психокоррекционной работы, и результаты полученных данных распределились следующим образом: 17-ть (75%) испытуемых имели позитивный тип мотивации, 4 (16%) испытуемых – смешанный тип мотивации и 2 (9%) испытуемых – негативный тип мотивации.

При исследовании результатов 2-й группы было установлено, что на 4 – 6-й день лечения при проведении традиционной психокоррекционной работы, пациентов с позитивным типом мотивации 3 (20%), со смешанным – 5-



ть (33%), с негативным – 7-мь (47%). На 21 – 25-й день результаты существенно не изменились: 3 – позитивный тип мотивации (20%), 6-ть – смешанный (40%), 6-ть – негативный (40%). На 42 – 45-й день так же наблюдалось некоторое увеличение пациентов со смешанным типом мотивации: 3 – позитивный (20%), 7-мь – смешанный (47%), 5-ть – негативный (33%).

При статистическом анализе было установлено, что достоверно большее число пациентов с позитивным типом мотивации наблюдалось в 1-й группе по сравнению со 2-й на 4 – 6 ($\chi^2=25,874$, $p<0,05$), 21 – 25 ($\chi^2=8,777$, $p<0,05$) и 42 – 45-й ($\chi^2=43,732$, $p<0,05$) день исследования, что говорит о значительном позитивном влиянии занятий, направленных на формирование когнитивных установок, трезвый образ жизни и защиту от употребления ПАВ.

По результатам проведенного исследования личностной и ситуативной (реактивной) тревожности установлено следующее. На 4 – 6 день среди пациентов с позитивным типом мотивации в 1-й и 2-й группе (12 человек): у 4-х (33%) – отсутствовала личностная тревожность, у 8-ми пациентов (67%) – личностная тревожность умеренная; реактивная тревожность отсутствовала – у 5-ти (42%), тревожность умеренная – у 7-ми (58%) пациентов.

Пациенты с негативным типом мотивации в 1-й и 2-й группе (15 человек): у 3-х (20%) – умеренная личностная тревожность, у 12-ти (80%) пациентов – личностная тревожность выраженная; реактивная тревожность умеренная – у 9-ти (60%), выраженная – у 6-ти (40%) пациентов.

Пациенты со смешанным типом мотивации в 1-й и 2-й группе (11 человек): у 7-ми (64%) – умеренная личностная тревожность, у 4-х (36%) пациентов – выраженная; реактивная тревожность умеренная – у 4-х (36%), выраженная – у 6-ти (55%), у 1-го (9%) пациента – отсутствует.

На 21 – 25-й день среди пациентов с позитивным типом мотивации в 1-й и 2-й группе (9 человек): у 3-х (33%) – отсутствовала личностная тревожность, у 6-ти (67%) пациентов – личностная тревожность умеренная; реактивная тревожность отсутствовала – у 4-х (44%), тревожность умеренная – у 5-ти (56%) пациентов.

Пациенты с негативным типом мотивации в 1-й и 2-й группе (10 человек): у 3-х (30%) – умеренная личностная тревожность, у 7-ми (70%) пациентов – личностная тревожность выраженная; реактивная тревожность умеренная – у 7-ми (70%), выраженная – у 3-х (30%) пациентов.

Пациенты со смешанным типом мотивации в 1-й и 2-й группе (19 человек): у 11-ти (58%) – умеренная личностная тревожность, у 8-ми (42%) пациентов – выраженная; реактивная тревожность умеренная – у 6-ти (32%), выраженная – у 10-ти (53%), у 3-х (15%) пациентов – отсутствует.

На 42 – 45-й день среди пациентов с позитивным типом мотивации в 1-й и 2-й группе (20 человек): у 7-х (35%) – отсутствовала личностная тревожность, у 13-ти (65%) пациентов – личностная тревожность умеренная; реактивная тревожность отсутствовала – у 9-ти (45%), тревожность умеренная – у 11-ти (55%) пациентов.



Пациенты с негативным типом мотивации в 1-й и 2-й группе (7 человек): у 2-х (29%) – умеренная личностная тревожность, у 5-ти (71%) пациентов – личностная тревожность выраженная; реактивная тревожность умеренная – у 5-ти (71%), выраженная – у 2-х (29%) пациентов.

Пациенты со смешанным типом мотивации в 1-й и 2-й группе (11 человек): у 7-ми (64%) – умеренная личностная тревожность, у 4-х (36%) пациентов – выраженная; реактивная тревожность умеренная – у 4-х (36%), выраженная – у 6-ти (55%), у 1-го (9%) пациента – отсутствует.

Статистический анализ показал, что у пациентов с негативным типом мотивации достоверно более часто встречается выраженная личностная ($\chi^2=22,783$, $p<0,05$) и реактивная ($\chi^2=24,862$, $p<0,05$) тревожность. В свою очередь смешанный тип мотивации чаще встречался на фоне умеренной личностной ($\chi^2=25,334$, $p<0,05$) и реактивной ($\chi^2=20,455$, $p<0,05$) тревожности. Позитивный же тип мотивации достоверно чаще встречался при отсутствии личностной ($\chi^2=27,536$, $p<0,05$) и реактивной ($\chi^2=28,941$, $p<0,05$) тревожности. Данные результаты свидетельствуют о достоверной взаимосвязи между типом мотивации и уровнем личностной и реактивной тревожности у пациентов.

Выводы. Таким образом, для успешной реализации лечебно-реабилитационных мероприятий необходим мультидисциплинарный подход, заключающийся не только в проведении лекарственной терапии, но и психотерапевтической и психокоррекционной работе, направленной на формирование когнитивных установок на трезвый образ жизни и защиту от употребления ПАВ, что в дальнейшем обеспечит высокий реабилитационный потенциал и будет способствовать повышению уровня социального функционирования и улучшение качества жизни в целом.

Список литературы:

1. Барцалкина В.В. Реабилитационный потенциал личности при химической зависимости / В.В. Барцалкина, И.Ю. Кулагина // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2017. – 6 (1А). – С. 34 – 44.
2. Распопова Н.И. Роль социальных и личностных факторов в генезе аддиктивных расстройств (обзор литературы) / Н.И. Распопова, М.Ш. Джамантаева, Р.А. Мархабаева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2019. – 1. – С. 225 – 232.
3. Распопова Н.И. Дисгармоничное развитие личности, как предиктор формирования аддиктивного поведения (обзор литературы) / Н.И. Распопова, М.Ш. Джамантаева, Р.А. Мархабаева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2019. – 1. – С. 213 – 221.
4. Степанова О.П. Психологические особенности людей, зависимых от психоактивных веществ / О.П. Степанова, Г.В. Слепухина, Т.А. Безенкова // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2018. – 7; 4 (25). – С. 355 – 357.



5. Шумова А.И. Психосоциальные характеристики в прогнозе эффективности реабилитации больных опиоидной наркоманией / А. И. Шумова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2016. – 9 (2). – С. 97 – 104.



УДК 616.38-007.42:615.825

**ИЗМЕНЕНИЯ СИЛОВОЙ ВЫНОСЛИВОСТИ ПРЯМЫХ МЫШЦ
ЖИВОТА ПРИ ОПУЩЕНИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН
50-55 ЛЕТ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ЛФК НА
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Коновалова И.Э., Квашнин А.В.

Башкирский институт физической культуры (филиал)
Федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Уральский государственный университет физической культуры»
Кафедра физиологии и спортивной медицины
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность темы. Опушение внутренних органов в настоящее время распространенное заболевание среди людей различного возраста. Хронический характер течения данной патологии часто приводит ко многим сопутствующим осложнениям и нетрудоспособности. Применение лечебной физической культуры (ЛФК) при опущении внутренних органов является эффективным методом, направленным на укрепление мышц брюшного пресса позволяющим улучшить состояние больных [4].

Цель исследования. Сравнить показатели силовой выносливости прямых мышц живота у женщин 50 – 55-ти лет с опущением внутренних органов занимающихся ЛФК по методике С.Н. Попова (в классическом варианте) с теми же показателями у женщин, занимающихся по усовершенствованной методике С.Н. Попова, с дополнительным введением элементов йоги.

Материал и методы. Исследования проводились на базе Республиканского геронтологического центра «Именлек», г. Уфа. В них приняли участие 8 женщин в возрасте 50 – 55-ти лет, которые были разделены на 2 группы - контрольная и экспериментальная по 4 человека в каждой. Занятия ЛФК по методике С.Н. Попова [5] проводились на протяжении 4 недель, 3 раза в неделю по 40 минут. Процедура лечебной гимнастики включала три раздела: вводный, основной и заключительный. Основная часть процедуры ЛФК, продолжительность которой составляла 20 мин, в обеих группах отличалась: контрольная группа занималась по общепринятой методике С.Н. Попова (2012 г.), а экспериментальной группе женщинам было предложено усилить занятия с помощью введения некоторых йогических асан: ардха навасана, сету бандхасана, сарвангасана с попеременным скручиванием ног, а также с их сведением и разведением [6].

При опущении внутренних органов запрещены активные динамические движения, особенно прыжки, махи и т.д. Так как при данной патологии наблюдается гипотонус прямых и косых мышц живота, то занятия ЛФК будут включать специальные упражнения на их укрепление. В том числе, показаны и



статические позы, укрепляющие мышцы брюшного пресса. Поэтому, ЛФК для экспериментальной группы мы дополнили некоторыми асанами из курса йоготерапии для коррекции данного заболевания [6].

Основными задачами ЛФК на поликлиническом этапе реабилитации при опущении внутренних органов являются:

- улучшение кровообращения в брюшной полости и малом тазу;
- укрепление мышц брюшного пресса и стимуляция моторной функции пищеварительной системы;
- адаптация организма к физическим нагрузкам [5].

Для определения эффективности методик использовалась оценка силовой выносливости прямых мышц живота [2]. Пациенту предлагалось из положения сидя, руки вытянуты перед собой, ноги максимально согнуты в коленных суставах, медленно и плавно в течение 45 сек перейти в положение лежа (до касания лопатками).

Шкала оценок:

- неудовлетворительно – меньше 20 сек.
- удовлетворительно – удержание 20 – 45 сек.
- хорошо – удержание 45 – 60 сек.
- отлично – удержание больше 60 сек.

При статистической обработке материалов были использованы непараметрические методы математической статистики, так как исследования проводились на малой группе пациентов. Оценка достоверности различий средних арифметических значений изучаемых показателей осуществлялась по критерию Вилкоксона и Манна-Уитни [1,3].

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования контрольной и экспериментальной групп представлены в таблицах 1 и 2.

В начале курса ЛФК силовая выносливость прямых мышц живота у пациенток контрольной группы составила $11,1 \pm 1,5$ сек. В конце курса ЛФК было отмечено увеличение данного показателя на 41,8% по сравнению с исходными данными, что составило $19,1 \pm 2,4$ сек. (табл. 1).

Таблица 1

Изменения силовой выносливости прямых мышц живота у пациентов контрольной группы в начале и в конце курса ЛФК

Количество пациентов	Силовая выносливость прямых мышц живота в начале курса ЛФК, сек	Силовая выносливость прямых мышц живота в конце курса ЛФК, сек
	норма – более 40 сек.	
n=4	$11,1 \pm 1,5$	$19,1 \pm 2,4$
	p=0,03	

Данные наблюдения являются статистически достоверными и не являются случайными (p=0,03)



У женщин экспериментальной группы до начала занятий ЛФК силовая выносливость прямых мышц живота в среднем была равна $11,9 \pm 1,4$ сек., а по окончании курса увеличилась до $29,2 \pm 2,3$ сек. По окончании курса физической реабилитации отмечается улучшение данного показателя на 59,2% по сравнению с исходными данными (табл. 2).

Таблица 2

Изменения силовой выносливости прямых мышц живота у пациентов экспериментальной группы в начале и в конце курса ЛФК

Количество пациентов	Силовая выносливость прямых мышц живота в начале курса ЛФК, сек	Силовая выносливость прямых мышц живота в конце курса ЛФК, сек
	норма – более 40 сек.	
n=4	$11,9 \pm 1,4$	$29,2 \pm 2,3$
	p=0,03	

Данные наблюдения являются статистически достоверными и не являются случайными (p=0,03)

Выводы. Анализ результатов проведенного исследования показал, что применение в основной части занятия ЛФК упражнений с элементами йоги для женщин экспериментальной группы позволило добиться значительного улучшения силовой выносливости прямых мышц живота, как по отношению к исходному уровню, так и по сравнению с вышеуказанным показателем у женщин контрольной группы.

Таким образом, введение в комплекс ЛФК дополнительных специальных упражнений делают занятия более эффективными. Так как физическая реабилитация пациенток с данным заболеванием занимает продолжительное время, то результаты, полученные в ходе нашего исследования можно считать промежуточными, что объясняет их достоверное отличие от нормальных показателей.

Список литературы:

1. Боровиков В.П., Ивченко Г.И. Учебник по математической статистике с упражнениями в системе STATISTICA [Текст]. – М.: StatSoft, 2003. – 115 с.
2. Бровкина И.Л. Функциональные пробы в практике спортивной медицины и лечебной физкультуры: учебное пособие. – М.: Советский спорт, 2014. – 44 с.
3. Железняк Ю.Д., Петров П.К. Основы научно-методической деятельности в физической культуре [Текст]: учебник. – М.: Академия, 2002. – 264 с.
4. Журавлева А.И. Спортивная медицина и лечебная физкультура: учебник. М.: Медицина, 2009. – 432 с.



**Интегративная медицина, реабилитационные технологии:
образование, наука и практика**



5. Попов С.Н. Лечебная физическая культура: учебник [Текст]. – М.: Академия, 2012. – 416 с.

6. Равишанкар Н.С. Йога для здоровья. Целебная сила асан / Н.С. Равишанкар. – М.: АСТ, 2008. – 997 с.



УДК 796.012.62

МЕТОДИКИ И УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Косарев Ф.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
"Кемеровский государственный университет"
Кафедра физического воспитания
г. Кемерово, Российская Федерация

Актуальность темы. В этом году коронавирусной инфекцией переболело очень большое количество людей в мире. У всех болезнь протекала по-разному, у кого-то в легкой форме – неделя лечения дома, сдача теста с отрицательным результатом и возвращение к привычному образу жизни. Но для большинства людей коронавирусная инфекция стала серьезным ударом по здоровью. И даже после выздоровления некоторые проблемы остаются. Многим людям до сих пор непонятно, как восстановить организм после затяжной тяжелой болезни. Сейчас по этой теме накопилось большое количество информации, многие клиники по всему миру создают программы реабилитации, но многое можно делать и дома самостоятельно, но после консультации с врачом.

Сегодня проблема заболеваемости новой коронавирусной инфекции «COVID-19» является актуальной и социально значимой. В связи со вспышками инфекционного заболевания во всем мире, люди пытаются найти лучший способ в лечении данного заболевания и осложнений, к которым оно приводит. В дальнейшем, человечество поставит вопрос о реабилитации после заболевания, поражающего сердечно-сосудистую систему и легкие человека.

Как известно, дыхательная и сердечно-сосудистая системы принимают колоссальное участие в жизнедеятельности нашего организма.

Дыхательная система обеспечивает организм кислородом, который расходуется по организму благодаря сердцу, сердечно-сосудистой системе в целом. Когда внешние факторы влияют на эти жизненно важные системы нашего организма, наша деятельность становится ограниченной. Для того чтобы, привести свой организм в порядок, необходимо помочь своему телу, восстановиться.

Цель исследования. Главной целью нашей научной работы является рассмотрение и изучение различных видов физической нагрузки, которые можно включить в реабилитационный комплекс лечения и восстановления людей, имеющих проблемы с дыхательной системой.

Задачи, поставленные в данной статье, заключаются в анализе литературы по спортивной медицине, в выявлении наиболее удачных и простых в выполнении упражнений для лечения и реабилитации пациентов, переболевших инфекционным заболеванием, новой коронавирусной инфекцией «COVID -19».



Материал и методы. По данным различных медицинских источников, люди, перенесшие COVID-19 в тяжелой или среднетяжелой форме, даже после излечения от этого серьезного заболевания, некоторое время жалуются на одышку. Порой небольшие физические нагрузки могут приносить данным людям дискомфорт. Поэтому после длительной болезни важно “раздышаться”, восстановить работу легких в полном объеме.

На основании того, что последствия болезни «COVID-19» малоизучены, существует множество теорий, как подтвержденных, так и не подтвержденных, на тему того, как лучше восстанавливать организм человека после данного заболевания. В данный момент, ученые всего мира считают, что легкие восстанавливаются после пневмонии, даже если она обусловлена новой коронавирусной инфекцией.

В связи с тем, что коронавирусная инфекция подразумевает пневмонию, следует рассмотреть методики и упражнения восстановления после респираторных заболеваний, в том числе пневмонии.

Большинство исследователей отмечают, что чем раньше начать реабилитационный период, тем лучше и быстрее восстановится организм. На основании изученных материалов можно выделить необходимые принципы реабилитации при заболевании органов дыхания в целом:

1. Раннее начало и непрерывность.
2. Соотнесённость индивидуальных качеств человека и методик для восстановления.
3. Этапность и комплексность реабилитационных методик и технологий.

Результаты и их обсуждение. Для восстановления после респираторных заболеваний, как было сказано ранее, необходимо “раздышаться”, поэтому первым упражнением для восстановления легких является дыхательная гимнастика.

Вторая стадия восстановления – легкие физические нагрузки. Существуют несколько видов упражнений при заболевании органов дыхания: **статические** (при их выполнении основное внимание уделяется работе определенных групп дыхательных мышц), **динамические** (выполняются с движением туловища и конечностей.). При этом, отведение и разгибание конечностей, а также разгибание туловища обычно сопровождается вдохом, сгибание и приведение – выдохом).

Продолжительность такого занятия составляет в среднем 20 – 25 минут. Рекомендуется проводить упражнения, нацеленные на дыхательные техники в лежачем положении, ежедневно 2 – 3 раза в день делайте короткий дыхательный комплекс. Это постепенно приведет дыхательные пути в норму, при этом необходимо расслабиться. Первоочередное упражнение – задержка дыхания. После небольшого выдоха задерживается дыхание на несколько секунд. Для того чтобы увеличить экскурсию лёгких путем увеличения объема вдоха и выдоха пациенту предлагают сделать глубокий вдох, задержать дыхание и сделать



глубокий выдох. Так же эффективным методом, улучшающим вентиляцию лёгких, считают надувание резиновых шариков.

Кроме того, существует упражнения, которые следует выполнять с партнером. Они выполняются в положении лежа на здоровом боку, в ряде случаев – с подложенным под него валиком. Пациент принимает исходное положение «лёжа на здоровом боку, руки вдоль туловища». Он поднимает руку и делает вдох, на выдохе надавливает на боковую и переднюю поверхность грудной клетки. Приняв исходное положение «лёжа на здоровом боку, на валике», больной делает глубокий вдох, на выдохе бедро на больной стороне максимально подтягивает к животу. В это время грудную клетку сдавливает рука пациента.

Кроме дыхательных упражнений и легкой физической нагрузки, с последующим усложнением некоторых упражнений, оптимальные результаты от упражнений достигаются при их сочетании с массажем грудной клетки и вибрационным массажем. В результате этих процедур активизируется газообмен в легочной ткани, что способствует скорейшему выздоровлению пациентов. Поэтому применение лечебного массажа — целесообразно.

Процедура массажа проводится для ускорения процесса рассасывания при воспалительных процессах, усилению крово- и лимфообращения в пораженной доле.

Массаж выполняется в двух видах:

- При постельном режиме, лежа на здоровом боку.
- Сидя с опорой на спинку стула

Для данной процесса подходят все приемы массажа, такие как: дренажный, точечный, баночный и т.д.

Выводы. О коронавирусной инфекции стало известно только около года назад. Но за это время уже умерло более миллиона человек, намного больше людей смогло справиться с болезнью. То, что организм победил вирус, подтверждает отрицательный тест. Но результат теста не дает гарантии, что после выздоровления человек будет чувствовать себя так же хорошо, как и до болезни. Коронавирусная инфекция провоцирует серьезные нарушения в работе внутренних органов. Для нормализации состояния недостаточно только медикаментозного лечения дома или усиленной терапии в условиях стационара. Реабилитацию стоит начинать как можно раньше. На сегодняшний день программа реабилитации после коронавируса проводится по той же схеме, что и реабилитация при хронических заболеваниях лёгких. Самое главное – постараться максимально восстановить утраченные функции этих жизненно важных органов.



Список литературы:

1. Жерносек В.Ф. Острая пневмония у детей: лечение, профилактика: Учебно-методическое пособие / В.Ф. Жерносек, К.К. Орынбасарова, Ш.К. Батырханов. – Минск: БелМАПО, 2013. – 51 с.
2. Какие органы поражает коронавирус. Главное о пандемии из зарубежных СМИ. – Текст: электронный // Наука ТАСС: [сайт]. – URL: <https://nauka.tass.ru/nauka/8373103>
3. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Минздрав России. Временные методические рекомендации: Версия 6. 24.04.2020. – М., 2020. https://minzdrav.midural.ru/uploads/COVID_method_view.pdf
4. Реабилитация больных пневмонией: клинические рекомендации – М., 2020. – 28 с.



УДК 616.24-036.12-007.272+616.379-008.64]-08

**ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БРОНХО-МУНАЛА В
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ,
СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА**

Котова И.С., Победенная Г.П.

Государственное учреждение

«Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки»

Кафедра внутренней медицины, эндокринологии,
пульмонологии и аллергологии

г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает важное место в списке внутренних болезней, так как значительно распространена среди населения разных социальных групп и характеризуется частыми обострениями и осложнениями, которые нередко приводят к инвалидизации пациентов [2]. Значительная распространенность сахарного диабета (СД) 2-го типа обуславливает частую его коморбидность с ХОБЛ. Такое сочетание с учетом прогрессирующего течения обоих заболеваний требует тщательного лечебного подхода и реабилитационных мероприятий для профилактики осложнений обоих заболеваний и сохранения качества жизни больных [1]. Частота встречаемости данной коморбидности составляет около 16 % и характеризуется наличием общих патогенетических звеньев. Одним из важных звеньев патогенеза данной сочетанной патологии является снижение неспецифической иммунорезистентности с угнетением функциональных свойств фагоцитирующих клеток, что приводит в дальнейшем к инфекционным обострениям и осложнениям ХОБЛ [3].

Основные базисные препараты, применяемые для лечения ХОБЛ, к сожалению, имеют ограниченную эффективность и не всегда позволяют достичь длительной ремиссии. Для повышения эффективности терапии и снижения риска возникновения осложнений ХОБЛ у больных с СД 2-го типа можно использовать препарат «Бронхо-мунал» [4]. Препарат «Бронхо-мунал» является очищенным бактериальным лизатом, представленным антигенами восьми актуальных возбудителей респираторных инфекций и является единственным иммуномодулятором, внесенным в руководство GOLD 2011, так как достоверно продемонстрировал положительный эффект в снижении частоты и тяжести обострений ХОБЛ [6].

Цель исследования – оценить функциональные свойства фагоцитирующих клеток (моноцитов периферической крови) у пациентов, страдающих ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, после проведения медицинской реабилитации препарата «Бронхо-мунал».



Материал и методы. В исследовании принимали участие 73 пациента с ХОБЛ клинической группы В (GOLD II) в сочетании с СД 2-го типа в фазе компенсации, которые наблюдались амбулаторно после перенесенного инфекционного обострения ХОБЛ. Пациенты были разделены на две группы: группу А – 38 человек, которым рекомендовалось лечение ХОБЛ согласно существующим рекомендациям и группа Б из 35 пациентов, которая в дополнение к базисной терапии, получала препарат «Бронхо-мунал» по 1 таб. (7 мг) 10-ти дней с 20-дневным перерывом тремя последовательными курсами. Средний возраст пациентов составлял $55,3 \pm 2,2$ лет. Срок заболевания ХОБЛ равнялся $7,3 \pm 0,9$ лет, СД 2-го типа – $2,4 \pm 0,4$ г. Диагноз ХОБЛ предшествовал диагнозу СД 2-го типа у большего числа пациентов (82 – 96%). Среди всех обследованных пациентов, большинство представляли мужчины – 69 человек (95 %), женщины – 4 человека (5 %). Все больные, включенные в исследование, были курильщиками. Индекс курения составил $22,3 \pm 1,6$ пачка-лет. Пациенты были обследованы клинически и с применением рутинных лабораторных методов исследований.

Для определения фагоцитарной активности, использовались моноциты периферической крови, которые выступали в качестве модели фагоцитирующей клетки. Исследование проводилось через 1, 3 и 6 месяцев после выписки из терапевтического стационара. Определялось фагоцитарное число (ФЧ) и фагоцитарный индекс (ФИ) моноцитов. Лабораторное исследование проводилось чашечным методом, где в качестве объекта фагоцитоза использовалась живая суточная культура *St. Aureus* [10].

Для создания референтной нормы показателей были обследованы 33 практически здоровых добровольца того же возраста, у которых ФИ был равен ($27,8 \pm 1,4$) % и ФЧ – ($3,25 \pm 0,19$) усл. ед.

Результаты и их обсуждение. При анализе полученных результатов на предмет фагоцитарной активности, было отмечено, что ФЧ пациентов группы А, которые не получали «Бронхо-мунал» имело слабopоложительную динамику в срок спустя 3 месяца после стационарного лечения, а затем стало умеренно снижаться. Через 1 месяц после лечения составляло – $2,23 \pm 0,17$ усл. ед., через 3 месяца – $2,37 \pm 0,14$ усл. ед, через 6 месяцев – $2,29 \pm 0,19$ усл. ед.

У пациентов группы Б после 3-х кратного курса приема препарата «Бронхо-мунал», наблюдалась более значимая положительная динамика показателей фагоцитарной активности моноцитов: к концу 3-го месяца показатели достигли нижних границ референтной нормы. Через 1 месяц после лечения ФЧ составляло – $3,16 \pm 0,17$ усл. ед., через 3 месяца – $3,21 \pm 0,16$ усл. ед, через 6 месяцев – $3,12 \pm 0,11$ усл. ед. Несмотря на снижение показателей в обеих группах через 6 месяцев, ФЧ моноцитов осталось выше в группе Б, получавшей «Бронхо-мунал». При исследовании ФИ, наблюдалась схожая динамика: максимальные значения были отмечены к концу 3-го месяца наблюдения и составляли для группы А – $25,8 \pm 1,12\%$, а для группы Б – $27,2 \pm 1,3\%$ (см. табл. 1).



Таблица 1

Состояние показателей фагоцитарной активности моноцитов у пациентов подгрупп А и Б при амбулаторном наблюдении (M±m)

Подгруппа А Подгруппа Б	Показатель здоровых лиц (n=33)	Время изучения		
		через 1 мес.	через 3 мес.	через 6 мес.
ФЧ, у.е.	3,25±0,19	2,23±0,17* <u>3,16±0,23</u>	2,37±0,14* <u>3,21±0,16</u>	2,29±0,19* <u>3,12±0,11</u>
ФИ, %	27,8±1,4	23,6±1,21* <u>25,7±1,19*</u>	25,8±1,12 <u>27,2±1,3</u>	24,9±1,16* <u>26,4±1,4</u>

Примечание:

- 1)* - $p < 0,05$ при сравнении с практически здоровыми лицами;
- 2) _ - $p < 0,05$ при сравнении с данными подгруппы А

При клиническом осмотре, пациенты группы А чаще предъявляли жалобы на продуктивный кашель со слизисто-гнойным отделяемым и составляли 34,2 %, а в группе Б данные жалобы наблюдались у 25,7 % пациентов. Наличие общей слабости отмечали 13,2 % больных группы А и 8,6 % группы Б.

Проведение медицинской иммунореабилитации с применением препарата «Бронхо-мунал» и увеличению активности неспецифической иммунной защиты у пациентов группы Б способствовало увеличению физической активности: уменьшению показателей САТ-теста в 1,7 раза, увеличению дистанции прохождения в тесте с 6-минутной ходьбой, в среднем, на 48 м, уменьшению частоты эпизодов увеличения объема терапии в 2,1 раза, отсутствию повторных госпитализаций в течение года, в 1,5 раза – к уменьшению доз употребляемых гипогликемических препаратов по сравнению с пациентами, которые его получили не в полном объеме.

Выводы:

1. У пациентов с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, наблюдается ухудшение неспецифической иммунной защиты со снижением функции фагоцитирующих клеток.

2. Применение препарата «Бронхо-мунал» достоверно улучшает клиническое благополучие пациента в период медицинской реабилитации, снижает риски обострений и осложнений ХОБЛ, положительно влияя на функциональную активность моноцитов, повышая их фагоцитарное число и фагоцитарный индекс.

Список литературы:

1. Авдеев С.Н. Стратегии профилактики обострений хронической обструктивной болезни легких / С. Н. Авдеев // Доктор.Ру. – 2017. – № 10. – С. 40 – 48.
2. Аунг К.С. Обострение как прогностически неблагоприятный фактор хронической обструктивной болезни легких / К.С. Аунг // Пульмонология. – 2018. – № 1. – С. 104 – 109.



3. Белевский А.С. Значение и возможности сочетания лекарственной терапии хронической обструктивной болезни легких и методов легочной реабилитации (клинические примеры) / А.С. Белевский, Н.Н. Мещерякова // *Практ. пульмонология.* – 2018. – № 2. – С. 94 – 99.
4. Блохин Б.М. Место лизатов бактерий ОМ-85 (Бронхо-Мунал) в профилактике и лечении респираторных заболеваний у детей / Б. М. Блохин, В.Ю. Стешин // *Практическая пульмонология.* – 2016. – №. 2 (1) – С. 129 – 134.
5. Визель А.А. Хроническая обструктивная болезнь легких – от истоков к современности (исторический обзор литературы) / А.А. Визель, И.Ю. Визель // *Туберкулез и болезни лёгких.* – 2019. – № 2. – С. 42 – 49.
6. Княжеская Н.П. Место бактериальных лизатов в лечении респираторных заболеваний // *Мед. совет.* – 2013.– № 3.– С. 28 – 32.
7. Коморбидность при ХОБЛ: роль хронического системного воспаления / А.Л. Верткин, А.С. Скотников, Е.Ю. Тихоновская [и др.] // *РМЖ.* – 2014. – № 11. – С. 811 – 816.
8. Кузовлева И.А. Динамика показателей системы фагоцитирующих макрофагов у больных хронической обструктивной болезнью легких на фоне частых острых респираторных вирусных инфекций и гриппа на территории Луганской Народной Республики / И.А. Кузовлева // *Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии.* – 2018. – Вып. 2 (146). – С. 8 – 15.
9. Трушенко Н.В. Роль бактериальных иммуномодуляторов в лечении и профилактике респираторных инфекций [Текст] / Н.В. Трушенко, А.С. Белевский // *Астма и аллергия.* – 2014. – № 3. – С. 8 – 12.
10. Фролов В.М. Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови у больных / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, Л.А. Гаврилова // *Лабораторное дело.* – 1990. – № 9. – С. 27 – 29.



УДК 616.831+616.379-008.64:616.833.185

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Коценко Ю.И., Статинова Е.А., Бубликова А.М.

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Кафедра неврологии и медицинской генетики

Актуальность темы. Во всем мире сахарный диабет (СД) занимает лидирующие позиции, значимость которого обусловлена высокой распространенностью, тяжестью осложнений, ранней инвалидизацией и частыми летальными исходами [1,4,6]. При СД вследствие развития макроангиопатии возникают ранние цереброваскулярные осложнения, к которым относятся острые и хронические нарушения мозгового кровообращения [6]. Лидирующие позиции занимает церебральный ишемический инсульт (ЦИИ) и хроническая ишемия мозга (ХИМ) с формированием неврологического дефицита. В зависимости от локализации очагового поражения к основным проявлениям нарушения мозговой гемодинамики относятся моторные, сенсорные, афатические и мнестические расстройства, глазодвигательные симптомы и прозопарезы, мозжечковые и вестибулярные нарушения.

К основным проявлениям вестибулярной дисфункции относят нарушение равновесия и ходьбы. При СД одной из частых причин нарушения могут быть дисметаболические центральные и периферические невропатии, включая поражение сенсорных систем (зрительно-слуховая, проприоцептивная и вестибулярная), а также эфферентно-двигательных уровней центральной нервной системы (лобные доли головного мозга, мозжечок и церебральные центры вестибулярного анализатора) и автономная невропатия с липотипическими и синкопальными пароксизмами, ортостатической гипотензией [3,7]. В последнее время ведутся разработки изучения факторов риска развития нарушений равновесия в виде вестибулярного синдрома [2,5].

За последнее время изучение вестибулярных нарушений у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями при СД в возрастном аспекте противоречивы [1,2,3], что способствует дальнейшему изучению данной проблемы.

Цель исследования. Изучить вестибулярные нарушения при ЦИИ и ХИМ у пациентов с сахарным диабетом 1 (СД1) и 2 типов (СД2), оценить их выраженность в разных возрастных группах.

Материал и методы. В исследование было включено 139 пациентов с ХИМ и ЦИИ при СД, где СД 1-го типа был у 53-х (38,1%) испытуемых (мужчин – 25, женщин – 28) в возрасте 45 – 74-х лет (средний возраст $59,4 \pm 3,5$ лет) и СД 2-го типа – у 86-ти (61,9%) больных (мужчин – 40, женщин – 56) возрастом



47 – 74-х лет (средний возраст $61,2 \pm 2,8$ лет). Выявленные СД1 и СД2 были сопоставимы по длительности и уровню гликемии. Все пациенты получали гипогликемическую терапию: инсулин (СД1 – 60,4%, СД2 – 41,9%) и сахароснижающие препараты (СД1 – 39,6%, СД2 – 58,1%).

Критериями включения были пациенты среднего и пожилого возрастов с СД, на фоне приема инсулина / сахароснижающих препаратов и наличие цереброваскулярных заболеваний (ЦИИ и ХИМ). Из исследования исключали пациентов моложе 45-ти лет и старше 74-х лет с наличием вредных привычек (курение, употребление алкоголя, запрещенных препаратов / веществ), применяющих психотропные препараты; если в анамнезе эпилепсия, черепно-мозговые травмы, системные васкулиты, тяжелые психические, гематологические, онкологические и нейроинфекционные заболевания, энцефалопатии другой этиологии, клинические проявления диабетической полинейропатии и отказ больных от участия в исследовании (отсутствие информированного согласия). В ходе исследования была сформирована контрольная группа (GrC) из 95-ти пациентов (мужчин – 50, женщин – 45) в возрасте 48 – 74 лет (средний возраст $60,8 \pm 3,2$ лет) с ХИМ и ЦИИ при церебральном атеросклерозе (ЦА) и гипертонической болезни (ГБ) без СД. В каждой группе испытуемые были разделены на 2-е подгруппы по возрасту (ВОЗ, 2012, 2020): средний возраст 45 – 59 лет, пожилой – 60 – 74 года (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и полу

Воз- раст / Пол	СД1 (N = 53)		СД2 (N = 86)		GrC (N =95)	
	Средний (45 – 59 лет) абс. (% \pm m %) (N = 27)	Пожилой (60 – 74 лет) абс. (% \pm m %) (N = 26)	Средний (45 – 59 лет) абс. (% \pm m %) (N = 42)	Пожилой (60 – 74 лет) абс. (% \pm m %) (N = 44)	Средний (45 – 59 лет) абс. (% \pm m %) (N = 43)	Пожилой (60 – 74 лет) абс. (% \pm m %) (N = 52)
Мужчины	13 (48,1 \pm 9,6)	12 (46,2 \pm 9,8)	19 (45,2 \pm 7,7)	21 (47,7 \pm 7,5)	22 (51,2 \pm 7,6)	28 (53,8 \pm 6,9)
Женщины	14 (51,9 \pm 9,6)	14 (53,8 \pm 9,8)	23 (54,8 \pm 7,7)	23 (52,3 \pm 7,5)	21 (48,8 \pm 7,6)	24 (46,2 \pm 6,9)

Для определения степени выраженности неврологического дефицита использовали шкалу инсульта Национальных институтов здоровья (NIHSS) и шкалу инвалидизации Рэнкина (mRS). По стандартной методике изучали статико-координаторную сферу (походка, тест Ромберга, пальценосовая и коленно-пяточная пробы, патологические мозжечковые знаки) и применяли шкалу равновесия Берге (Berg Balance Scale – BBS), стандартизованную шкалу



тяжести шума / звона (Tinnitus Handicap Inventory – THI), шкалу оценки двигательной активности у пожилых (Functional Mobility Assessment in Elderly Patients – FMAEP) (M.E. Tinetti, 1986).

Клинико-лабораторными методами оценивали степень гликемического профиля (гликированный гемоглобин – 4 – 6,1%; глюкоза крови натощак 3,3 – 5,9 ммоль/л), исключали гиперлипидемические и гиполлипидемические состояния (ВОЗ, 2006 – 2018). Для оценки гемодинамической функции применяли инструментальные обследования (ультразвуковое дуплексное сканирование церебральных артерий с эффектом доплера – УЗДГ и ТКДС ЦА). С целью определения кардиальной функции выполняли электрокардиографию (ЭКГ) и эхокардиографию (ЭхоКГ). Для верификации нейровизуализационных проявлений ЦИИ и ХИМ выполняли МРТ головного мозга в ангиорежиме.

Для статистической обработки использовали единую схему стандартизованных карт, данные вносили в компьютерную базу программы Microsoft Excel 2019. Для статистического анализа полученных результатов применяли статистические программы «MedStat», Statistica Neural Net (StatSoft Inc.), MedCalc (SoftWare bvba) с целью расчета параметрических и непараметрических показателей, среднеквадратичной ошибки определения различий по критериям Пирсона, определения медианы (Me), минимум-максимум.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов среднего возраста с СД1 чаще выявляли гемодинамический ЦИИ (ГДИ) ($55,2 \pm 9,6\%$) в вертебро-базиллярном бассейне (ВБС) ($55,6 \pm 9,6\%$). У пожилых больных с СД1 был чаще криптогенный ЦИИ (КИ) ($53,8 \pm 9,8\%$) в левой (лСМА) ($34,6 \pm 9,3\%$) и правой ($42,3 \pm 9,7\%$) средних мозговых артериях (пСМА). В группе обследуемых среднего возраста с СД2 чаще встречался атеротромботический инсульт (АТИ) ($35,7 \pm 7,4\%$) и лакунарный (ЛИ) ($38,1 \pm 7,5\%$) в лСМА ($40,5 \pm 7,6\%$). У пожилых больных чаще имел место КИ ($43,2 \pm 7,5\%$) и АТИ ($31,8 \pm 7\%$) в ВБС ($52,3 \pm 7,5\%$). У пациентов среднего возраста при ЦА и ГБ без СД чаще был кардиоэмболический инсульт (КЭИ) ($51,2 \pm 7,3\%$) и АТИ ($34,9 \pm 7,3\%$) в бассейне пСМА ($55,8 \pm 7,6\%$). У пожилых больных преобладал ЦИИ по типу КЭИ ($51,9 \pm 6,9\%$) и АТИ ($40,4 \pm 6,8\%$) в ВБС ($53,8 \pm 6,9\%$).

Оценивая тяжесть течения ЦИИ по NIHSS выявлено превалирование выраженного неврологического дефицита при СД1 у $63 \pm 9,3\%$ больных среднего и у $53,8 \pm 9,8\%$ пожилого возрастов, при СД2 – у $54,8 \pm 7,7\%$ пациентов среднего возраста и у $54,5 \pm 7,5\%$ пожилых больных по сравнению с GrC, где чаще имел место умеренный дефицит у $58,1 \pm 7,5\%$ среднего возраста и у $55,8 \pm 6,9\%$ пациентов пожилого возраста. Средний балл по NIHSS в группе среднего возраста с СД1 был $24,5 \pm 3,7$ (Me 24 [5 – 39]), пожилого – $30,5 \pm 2,1$ (Me 31 [5 – 42]), при СД 2 в среднем возрасте – $26,5 \pm 2,1$ (Me 27 [4 – 38]), в пожилом – $32,9 \pm 2,8$ (Me 33 [5 – 42]), в GrC средний балл по NIHSS у больных среднего возраста составил $14,6 \pm 3,6$ (Me 14 [2 – 21]), у пожилых – $21,71,5$ (Me 22 [4 – 27]) ($p < 0,05$, критерий χ^2).



У пациентов всех групп выявлена ХИМ различной степени тяжести и стадии. В группе с СД1 у больных среднего возраста чаще встречалась III-я стадия (66,7±9,1%), у пожилых – II-я стадия (34,6±9,3%) и III-я стадия (57,7±9,7%). При СД2 у пациентов среднего и пожилого возрастов чаще имела место ХИМ III-ей стадии (54,8±7,7% и 59,1±7,4%, соответственно). В GrC во всех возрастных группах преобладала II-я стадия ХИМ (средний возраст – 55,8±7,6% и пожилой возраст – 53,8±6,9%). Полученные данные по ХИМ при СД1 и СД2 были различны с GrC (p=0,042 и p=0,03, критерий χ^2)

Основная и контрольные группы обследуемых пациентов были сопоставимы по выявленной сопутствующей патологии (p>0,05, критерий χ^2) (табл. 2) .

Таблица 2

**Распределение пациентов с СД1, СД2 и GrC по степени
выраженности сопутствующей патологии в зависимости от возраста**

Группы		СД1 (N=53)		СД2 (N=86)		GrC (N=95)	
Заболевания	Возраст	Средний (45 – 59 лет) абс. (% ± m%) (N = 27)	Пожилый (60 – 74 лет) абс. (% ± m%) (N = 26)	Средний (45 – 59 лет) абс. (% ± m%) (N = 42)	Пожилый (60 – 74 лет) абс. (% ± m%) (N = 44)	Средний (45 – 59 лет) абс. (% ± m%) (N = 43)	Пожилый (60 – 74 лет) абс. (% ± m%) (N = 52)
		ГБ I		3 (11,1±6,1)	1 (3,9±3,8)	6 (14,3±5,4)	4 (9,1±4,3)
ГБ II		11 (40,7±9,5)	13 (50±9,8)	19 (45,2±7,7)	13 (29,5±6,9)	18 (41,9±7,5)	23 (44,2±6,9)
ГБ III		13 (48,1±9,6)	12 (46,2±9,8)	17 (40,5±7,6)	17 (38,6±7,3)	19 (44,2±7,6)	27 (51,9±6,9)
ЦА I		5 (18,5±7,5)	3 (11,5±6,3)	5 (11,9±5)	3 (6,8±3,8)	9 (20,9±6,2)	7 (13,5±4,7)
ЦА II		9 (33,3±9,1)	9 (34,6±9,3)	12 (28,6±7)	12 (27,3±6,7)	21 (48,8±7,6)	28 (53,8±6,9)
ЦА III		13 (48,1±9,6)	14 (53,8±9,8)	25 (59,5±7,6)	29 (65,9±7,2)	13 (30,2±7)	17 (32,7±6,5)

При анализе жалоб на вестибулярные нарушения выявлено, что пациентов среднего возраста с СД1 чаще беспокоили головокружение (96,3±3,6%), тошнота (77,8±8%) и неустойчивость (85,2±6,8%), пожилых больных – головокружение (92,3±5,2%), шум/звон в ушах (80,8±7,7%) и частые падения (69,2±9,1%). При СД2 испытуемые среднего возраста чаще отмечали головокружение (90,5±4,5%), неустойчивость (76,2±6,6%) и шаткость при ходьбе (66,7±7,3%), пожилые пациенты жаловались на головокружение (95,5±3,1%), шум/звон в ушах (88,6±4,8%) и падения (88,6±4,8%). В GrC больные среднего возраста страдали от шума/звона в ушах (88,4±4,9%) и неустойчивости (81,4±5,9%), а пожилые – от головокружения (80,8±5,5%), тошноты (44,2±6,9%) и шаткости (73,1±6,1%). По



сравнению с GrC статистически значимо при СД1 у пациентов среднего возраста преобладали жалобы на головокружение ($p=0,01$, критерий χ^2) и тошноту ($p=0,049$, критерий χ^2), у пожилых – на неустойчивость ($p<0,05$, критерий χ^2), при СД2 у больных среднего возраста преобладали неустойчивость ($p=0,01$, критерий χ^2) и падения у пожилых ($p=0,001$, критерий χ^2).

При оценке неврологического статуса в группе с СД1 у больных среднего возраста преобладали горизонтальный нистагм ($63\pm 9,3\%$), дисметрия ($77,8\pm 8\%$) и атаксия ($63\pm 9,3\%$); у пожилых – дисметрия ($53,8\pm 9,8\%$) и атаксия ($80,8\pm 7,7\%$). При СД2 у испытуемых среднего возраста отмечались нистагм ($73,8\pm 6,8\%$) и дисметрия ($97,6\pm 2,4\%$), у пожилых больных – дисметрия ($72,7\pm 6,7\%$), интенция ($77,3\pm 6,3\%$) и атаксия ($88,6\pm 4,8\%$). В GrC у больных среднего возраста чаще определяли дисметрию ($53,5\pm 7,6\%$) и атаксию ($51,2\pm 7,6\%$), у пожилых – интенционный тремор ($73,1\pm 6,2\%$). Отмечена значимость в преобладании дисметрии и атаксии у пожилых пациентов с СД1 и СД2 по сравнению с GrC ($p<0,05$, критерий χ^2).

По шкале ТНІ оценивали страдание при шуме / звоне в ушах в группе СД1 у больных среднего возраста, где выявлено преобладание умеренной (18 – 36 баллов) тяжести ($40,7\pm 9,5\%$), у пожилых – умеренной ($42,3\pm 9,7\%$) и средней (38 – 56 баллов) ($30,8\pm 9,1\%$) тяжести. При СД2 в среднем возрасте диагностирована легкая степень (0 – 16 баллов) ($42,9\pm 7,6\%$) тяжести, у пожилых – умеренная ($36,4\pm 7,3\%$) и средняя ($34,1\pm 7,2\%$). В GrC у больных среднего возраста чаще выявляли легкую ($44,2\pm 7,6\%$) тяжесть шума / звона, у пожилых – умеренную ($42,3\pm 6,9\%$). По ТНІ значимо преобладал средний балл у пожилых с СД2 ($p<0,001$, критерий χ^2) и у обследуемых среднего возраста с СД1 ($p = 0,04$, критерий χ^2) по сравнению с GrC (табл. 3).

Таблица 3

Тяжесть вестибулярных нарушений по шкалам

Группы		СД1 (N=53)		СД2 (N=86)		GrC (N=95)	
Шкалы	Возраст	Средний (45 – 59 лет) баллах (M±m) Me [min: max] (N = 27)	Пожилый (60 – 74 лет) баллах (M±m) Me [min: max] (N = 26)	Средний (45 – 59 лет) баллах (M±m) Me [min: max] (N = 42)	Пожилый (60 – 74 лет) баллах (M±m) Me [min: max] (N = 44)	Средний (45 – 59 лет) баллах (M±m) Me [min: max] (N = 43)	Пожилый (60 – 74 лет) баллах (M±m) Me [min: max] (N = 52)
		ТНІ		36,9±2,3* 37 [11 – 89]	39,1±2,7 40 [13 – 88]	34,8±3,1 35 [9 – 84]	54,7±2,5# 55 [12 – 86]
BBS		33,9±4,1 34 [9 – 52]	29,9±3,6 31 [14 – 51]	23,6±2,6 24 [9 – 54]	21,9±2,9# 22 [11 – 52]	43,7±2,7 44 [19 – 55]	41,1±2,2 41 [16-54]
ФМАЕР		18,8±2,6 19 [6 – 26]	15,4±3,2* 15 [4 – 23]	19,9±3,5 20 [5 – 27]	16,2±2,7 16 [7 – 23]	23,6±2,6 23 [11 – 28]	21,1±3,9 21 [8 – 27]

Примечание: * – различие СД1 и GrC; # – различие СД2 и GrC статистически значимо (критерий χ^2), $p<0,05$.



При СД во всех исследуемых возрастах по BBS преобладала 2-я группа равновесия, что соответствует ходьбе с опорой (21 – 40 баллов): СД 1 (средний возраст – $44,4 \pm 9,6\%$, пожилой возраст – $57,7 \pm 9,7\%$), СД2 (средний возраст – $45,2 \pm 7,7\%$, пожилой возраст – $45,5 \pm 7,5\%$). В GrC чаще регистрировали 3-ю группу, которая соответствует полной независимости при передвижении (41 – 56 баллов) в среднем возрасте – у $60,5 \pm 7,5\%$, в пожилом – у $55,8 \pm 6,9\%$. По BBS отмечены различия проявления равновесия между группами с СД1, СД2 и GrC ($p < 0,001$, критерий χ^2). При этом, у больных с СД преобладал высокий риск падения (менее 45 баллов по BBS) (СД1: средний возраст – $85,2 \pm 6,8\%$, пожилой возраст – $93,2 \pm 3,8\%$; СД2: средний возраст – $83,3 \pm 5,8\%$, пожилой возраст – $45,5 \pm 7,5\%$) по сравнению с GrC, где риск падения был ниже (более 45 баллов по BBS) (средний возраст – $72,1 \pm 6,8\%$, пожилой возраст – $63,5 \pm 6,7\%$). Средний балл по BBS был статистически значимо ниже у пожилых с СД2 по сравнению с таким же возрастом в GrC.

Оценивая ходьбу и равновесие по FMAEP выявлено, что у $7,4 \pm 5\%$ больных среднего возраста с СД1 и у $4,8 \pm 3,3\%$ СД2, а также в GrC у $20,9 \pm 6,2\%$ пациентов среднего возраста и у $11,5 \pm 4,4\%$ пожилых отсутствовал риск падения. При этом, у всех пациентов с СД независимо от возраста преобладал высокий (менее 19 баллов) риск падения (СД1: средний возраст – $59,3 \pm 9,5\%$, пожилой возраст – $73,1 \pm 8,7\%$ и СД2: средний возраст – $69,3 \pm 7,1\%$, пожилой возраст – $75 \pm 6,5\%$). В GrC риск падения был невысоким: в среднем возрасте – у $44,2 \pm 7,6\%$ и в пожилом – у $48,1 \pm 6,9\%$. Выявлены различия среднего балла у пожилых с СД1 по сравнению с больными пожилого возраста GrC. Статистически значимых различий по шкалам ТНТ, BBS и FMAEP между группами с СД1 и СД2 не выявлено.

Выводы. У пациентов с диагностированным ЦИИ и ХИМ при СД установлено, что при СД1 в среднем возрасте чаще имел место ГДИ, у пожилых чаще был КИ и при СД2 в среднем и пожилом возрасте – АТИ и КИ. Тяжесть неврологического дефицита при ЦИИ у пациентов с СД1 и СД2 была выраженной по сравнению с GrC, где преобладала умеренная степень тяжести по NIHSS. Одним из проявлений диабетического поражения головного мозга являются вестибулярные расстройства, которые при СД1 и СД2 чаще носили умеренно выраженную степень нарушения равновесия с высоким риском падения у пожилых, в сравнении с группой пациентов среднего возраста.

Список литературы:

1. Амелина И.П., Соловьева Э.Ю. Коморбидный пациент с диабетической невропатией и цереброваскулярной болезнью. // Нервные болезни. – 2018. – 4. – С. 21 – 28. DOI: 10.24411/2071-5315-2018-12053.
2. Воробьева А.А., Диабетическая невропатия: состояние проблемы, перспективы / А.А. Воробьева, К.В. Антонова // РМЖ. – 2016. – 24. – С. 1639 – 1642.



3. Колоколов О.В. Поражение нервной системы при сахарном диабете: точка зрения невролога // *Лечащий врач*. – 2017. – № 7. – С. 65 – 71.
4. Коценко Ю.И. Современное представление об этиопатогенезе неврологических нарушений при сахарном диабете. / Ю.И. Коценко, Е.А. Статинова // *Университетская клиника*. – 2016. – 12 (2). – С. 76 – 82.
5. Федорова О.С., Нарушение равновесия у больных сахарным диабетом / О.С. Федорова, И.А. Строков, И.В. Гурьева, Л.Т. Ахмеджанова // *Эффективная фармакотерапия*. – 2013. – 4 (35). – С. 58 – 66.
6. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 9th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2019. Available at: URL: <https://diabetesatlas.org/en/resources/2019-atlas.html> (accessed: 01.12.2020).
7. Pirker, W., Katzenschlager, R. Gait disorders in adults and the elderly: A clinical guide // *Wiener Klinische Wochenschrift*. – 2017. – 129 (3), P. 81 – 95. DOI: 10.1007/s00508-016-1096-4.



УДК 616-06-053.82+371.7

К ВОПРОСУ О ПРЕВЕНТИВНОМ ПОДХОДЕ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Красножен В.В.

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Кафедра интегративной и восстановительной медицины
г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. В настоящее время все больше развивается такое направление медицины как персонифицированная медицина. Это одно из сравнительно новых подходов в основе которого лежит применение лечебных и диагностических воздействий пациентоориентированного направления. Персональная медицина уже на протяжении трехсот лет время от времени привлекает внимание специалистов различных медицинских специальностей имея целью профилактику и лечение болезней. Еще в древности врачи замечали, что на пациентов совершенно по-разному действуют различные приемы врачевания, снадобья и экстракты из лекарственных растений. Индивидуальный подход прослеживается как в трудах почти всех выдающихся врачей античного периода, так и активно развивается современниками. Сам по себе такой подход не новый. Но общепринято, что в современной дифференциальной диагностике патологии, после постановки диагноза главным остается подход, в основе которого лежит лечение «болезни» в виде воздействия на набор симптомов. При этом не учитываются индивидуальные особенности (физиологические и психологические) организма пациента. В результате, борьба с «заболеванием», как динамическим процессом, может быть безуспешной, т.к. индивидуальные характеристики пациента влияют на эффективность лечения и прогноз течения заболевания в целом [4].

Одной из основополагающих проблем превентивной и реабилитационной медицины, считается проблема реакции личности на психологический стресс, как физиологический ответ организма на воздействие экстремального фактора. По своей начальной сути возникающие реакции организма имеют адаптационный характер. Но реакция организма связана не с наличием стресса (действием стресс-фактора), а с его «количеством» (выраженностью), перерастающем в «качество». Один и тот же стрессор может вызвать неодинаковые последствия у разных людей, в зависимости от генетической предрасположенности, возраста, пола, приема гормонов, лекарственных препаратов, диеты [6].

При длительном воздействии стрессового фактора может возникнуть нарушение здоровья, обусловленное соматизацией переживаний, проявляющееся нарушением физического здоровья соответствующей



функциональной системы, которые в дальнейшем трансформируются в деструктивно-морфологические изменения, происходит генерализация психосоматического заболевания, т.е. стресс-фактор выступает как повреждающий. Наука, которая рассматривает внутренние переживания как первопричину проблем со здоровьем – психосоматика. Соответственно, психосоматические расстройства – это те болезни тела, патогенез которых объясняется неблагоприятными психическими воздействиями. Таким образом большинство исследователей трактует «болезни цивилизации» [7].

Термин «стресс» часто используется в медицине, физиологии, социологии, психологии и других науках, в связи, с чем представление о стрессе необычайно расплывчато и многозначно. Стресс – это не просто нервное напряжение, а неспецифический ответ организма на любое изменение условий, требующее приспособления. Состояние стресса — это одно из нормальных состояний человека, связанное с его жизнедеятельностью – совокупность стереотипных, филогенетически запрограммированных реакций организма, вызванных воздействием различных интенсивных стимулов окружающей среды, жизненными ситуациями.



Рис.1. Изменения в организме в результате действия стресс-фактора.



Цель исследования. Оценить состояние здоровья студентов медицинского ВУЗа Донецкого региона, проживающих в сложных социально-экономических и политических условиях.

Материал и методы. Для исследования отобраны 30-ть студентов 3-го курса медицинского ВУЗа, 16 юношей и 14 девушек, в возрасте 20 – 21-ти года.

У всех студентов был изучен анамнез жизни, объективное состояние и наличие жалоб, определен биологический возраст по методике В.П. Войтенко и показатель адаптационного потенциала по стандартной методике.

Выбор контингента исследования обусловлен несколькими аспектами. Это и сложная политическая, и социально-бытовая ситуация, в которой поступали и обучаются эти студенты. Период сдачи экзаменов и выбор ВУЗа (в Донецком регионе или за его пределами), сохранение баланса между собственным (осознанным) выбором и выбором родителей, возможность в этих условиях (обстановка в регионе) уехать из семьи для самостоятельного проживания в других социально-бытовых условиях (общежитии) и приспособление к ним. Все эти факторы оказывали и продолжают оказывать влияние на жизнь и возможность учиться в нашем ВУЗе. На выше указанные обстоятельства, накладывается специфика обучения в медицинском ВУЗе (теоретические медицинские знания, практическая подготовка: общение с пациентами, зачастую со сниженным или лабильным эмоциональным фоном, умение переносить неприятные для студента особенности личности и поведения пациента). В ходе исследования влияния вредных привычек (нутрициологические и токсикологические) не анализировалось, но по факту эти аспекты имеют место и также могут способствовать снижению адаптационного потенциала. Это предъявляет к организму студента очень высокие требования.

Результаты и их обсуждение. Выбор методики Войтенко обусловлен тем, что биологический возраст – понятие, отражающее степень морфологического и физиологического развития организма. Между показателями уровня индивидуального здоровья и биологического возраста существует достаточно жесткая корреляционная связь, вплоть до того, что при некоторых обстоятельствах можно применять методики исследования одного с целью определения другого, и наоборот.

Введение понятия «биологический возраст» объясняется тем, что календарный (паспортный) возраст не является достаточным критерием состояния организма человека. Среди сверстников по календарному возрасту обычно существуют значительные различия по темпам возрастных изменений. Биологический возраст – это возраст тела человека, а не количество прожитых лет [1,3].

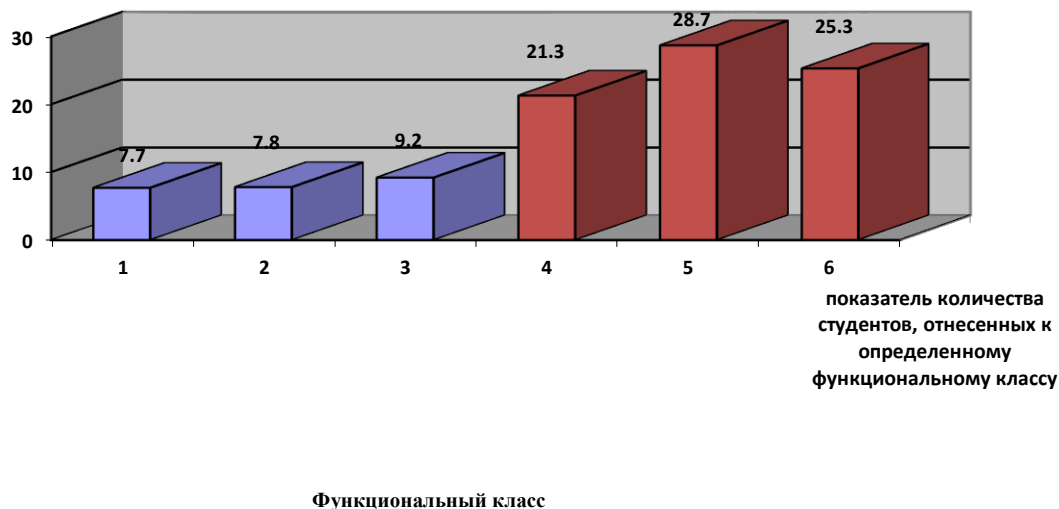


Рис. 2. Структура распределения студентов по функциональным классам в зависимости от показателя биологического возраста

Все составляющие здоровья влияют на биологический возраст. Укрепление здоровья или стабилизация – это замедление старения. Неблагоприятные условия жизни, сложные социально-бытовые ситуации, тяжёлый физический труд, психологический дискомфорт преждевременно изнашивают организм [2].

Показателем уровня приспособляемости организма человека к различным и изменяющимся факторам внешней среды является адаптационный потенциал [5]. Это важнейший физиологический показатель жизнедеятельности. Под влиянием стресс-факторов (физической, умственной работы, сдвигов атмосферного давления, температуры и т.п.) осуществляется его формирование как результирующая комплекса изменений физиологических систем организма (гормонов гипофиза и надпочечников, состояния нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и прочих систем). При этом формируется новое адаптивное поведение индивида, обеспечивающее наиболее благоприятное приспособление организма к этим факторам. Адаптационные возможности обеспечивают нормальную работоспособность и высшую продуктивность в работе организма при действии психогенных причин наружной среды. Чем выше уровень развития этих показателей, тем выше возможность приспособления человека и тем существеннее спектр параметров окружающей среды, к которым он может приспособиться.

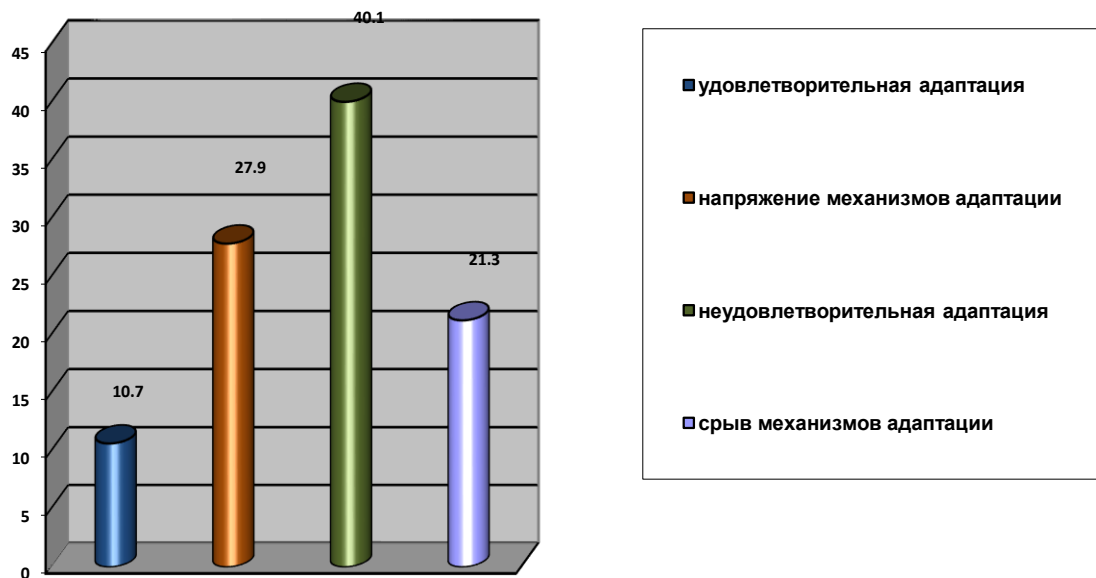


Рис. 3. Показатель адаптационного показателя в зависимости от функционального класса

В ходе исследования получили, что биологический возраст соответствует паспортному только у 24,7 % студентов (первый – третий функциональный класс). У остальных – 75,2 % отмечают увеличение биологического возраста (четвертый и пятый функциональный класс): от 3,0 до 8,9 лет – 21,3%, от 9,0 до 15,0 лет – 28,7 %. В методике не предусмотрена градация «от 20 и более лет», но при обследовании мы посчитали нужным выделить его, т.к. это высокий процент обследованных студентов – 25,3 %. Таким образом, 75,2 % студентов должны быть включены в группу риска возникновения заболеваний и потери трудоспособности. Оценка адаптационного потенциала также подтверждает неблагоприятную тенденцию состояния здоровья вышеуказанного контингента. Показатель адаптационного потенциала на уровне удовлетворительной адаптации – у 10,7 % студентов, напряжение механизмов адаптации – у 27,9%, неудовлетворительная адаптация – у 40,1%, срыв механизмов адаптации – у 21,3% студентов.

Выводы. Оценка вероятности возникновения различной патологии позволит

1. Обеспечить восстановление физического здоровья студентов.
2. Обеспечить восстановление психического здоровья студентов.
3. Будет способствовать формированию мотивационного компонента в улучшении собственного здоровья и как человека, и как будущего врача.
4. Будет способствовать повышению успеваемости.
5. Будет способствовать повышению качества жизни студентов.



Список литературы:

1. Апанасенко Г.Л. Санология (Медицинская валеология): Учеб. пособие / Г.Л. Апанасенко, Л.О. Попова– К.: Здоровье, 2011. – 248 с.
2. Баранов А.А. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании / Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. // Вестн. Российской АМН. – 2009. – № 5. – С. 6 – 11.
3. Бахтин Ю.К. Факторы формирования здоровья человека и их значение / Ю.К. Бахтин // Молодой ученый. – 2012.– №5. – С. 397 – 400.
4. Красножон С.В. Динамическая оценка морфофункциональных особенностей организма детей школьного возраста как основа профилактики заболеваний / С.В. Красножон // Вестник восстановительной медицины. – 2017. – №3.– С. 90 – 94.
5. Кулемзина Т.В. Двигательная активность как ведущая составляющая здоровья детей / Т.В. Кулемзина, С.В. Красножон // Медицина транспорта Украины. – 2014. – №1(49). – С. 23 – 28.
6. Круцевич Т.Ю. Теория и методика физического воспитания. Том 2 / Т.Ю. Круцевич – К.: Олимпийская литература, 2012. – 368 с.
7. Janssen I. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth / I. Janssen, A.G. LeBlanc // International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. – 2010. – Vol. – P. 7 – 46.



УДК 378+61 5.85-613

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Красножон С.В.

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Кафедра интегративной и восстановительной медицины
г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. Современные этап и темп развития общества предъявляют новые требования к аспектам образования и преподавания вообще, и в медицинском ВУЗе, в частности.

Основной задачей и врача, и медицины в целом, является медицинское обеспечение и поддержание качества жизни пациента. Ее решение во многом зависит от профессиональных навыков и умений врача, который является на сегодняшний день ключевой фигурой, и, поэтому, должен иметь широкую общеклиническую подготовку, ориентироваться во многих смежных вопросах, знать особенности течения, лечения и профилактики различных заболеваний в зависимости от возраста, учитывать психосоциальный статус больного.

Качество жизни является интегральным понятием, отражающим не только выраженность симптомов, связанных с заболеванием, но и функциональное состояние пациента (толерантность к нагрузке, способность к самообслуживанию), социальную активность, удовлетворенность состоянием физического и психического здоровья [3].

В течение последних лет все больше развивается направление медицины, характеризующееся профилактическим, персонифицированным и превентивным (донозологическим) подходом к пациентам. Врачи многих специальностей пытаются изучать, участвовать и давать рекомендации в данной области. Вводятся новые термины и понятия, такие как «индивидуальное здоровье», «уровень здоровья», «донозологическая диагностика», «превентивная реабилитация». Ученые всего мира пытаются индивидуализировать понятие «нормы» в медицине, оценить уровень здоровья количественно и др.

Из всего того, что наработано теорией и практикой, важно отобрать нужное и полезное для успешного дальнейшего развития науки об индивидуальном здоровье. Вектор профилактической медицины должен быть нацелен, в том числе, и на формирование представления о здоровом образе жизни и сохраняющих его принципах, особенно у учащейся молодежи.

Общеизвестно, что физическая жизнеспособность населения зависит не только от условий бытия, но и от нравственной атмосферы и эмоционального состояния человека, и общества, поэтому формирование мотивации к сохранению и укреплению собственного здоровья, в первую очередь; трансформация данного восприятия на профиль пациентов является важной



составляющей практической деятельности врача любой специальности. Поддержание высокого уровня и качества здоровья современного человека требует учета естественных механизмов жизнеобеспечения, свойственных организму и его системам.

Цель исследования. Обосновать необходимость изучения «Санологии», как науки об индивидуальном здоровье, с целью практического применения в системе комплексного лечения и реабилитации заболеваний пациентов разного возраста врачами-специалистами.

Материал и методы. Необходимость изучения данного направления обусловлена тем, что в настоящее время наблюдается снижение уровня здоровья молодого поколения, увеличивается число детей и подростков с хроническими заболеваниями, расширяется спектр заболеваний, и нацелена на формирование представления о здоровом образе жизни и сохраняющих его принципах у учащихся и студентов [2].

Организм для поддержания жизни использует комплексы реакций сано- и патогенетического плана, которые зачастую переходят друг в друга. Одной из целей саногенетического подхода является сохранение физического, духовного и социального здоровья и, тем самым, повышение качества жизни человека.

Результаты и их обсуждение. Санология – медицинский раздел валеологии, которую можно определить, как науку, изучающую сущность, механизмы и проявления здоровья, методы его диагностики и прогнозирования, а также коррекции на основе оптимизации механизмов здоровья с целью повышения его уровня, улучшение качества жизни и социальной адаптации индивидуума. Эта наука о здоровом образе жизни и формировании здоровья населения является частью государственной политики, направленной на повышение нравственных, физических, психических, соматических и репродуктивных возможностей человека в условиях различных регионов проживания и профессиональной деятельности. Санология, как клинический аналог специальности «Гигиеническое воспитание», изучает процесс дезадаптации (или заболевание) с точки зрения определения, этиологии, патогенеза, лечения (подходов, схем, стандартов) и профилактики (способов предупреждения и возникновения рецидива заболевания). Являясь практической дисциплиной «Санология» прописывает конкретные рекомендации по профилактике заболеваний, что приобретает особую значимость в практической деятельности врача, поскольку он (врач) не просто обязан знать теоретические основы, но и применять их в собственной жизни, для собственного здоровья. Это способствует реализации врача как профессионала и повышает эффективность осуществления оказания помощи пациенту [1].

Существование научной школы по теоретическим основам и методологии медицины, философии, экологической физиологии и т.п. способствовало формированию знаний о здоровом образе жизни, которые изначально трактовались как педагогические (валеологические), что в последующем привело к внедрению валеологии как учебного предмета, изучающего



закономерности сохранения здоровья каждого человека и позволяющего сформировать у последнего психологию жизни и здоровья как приоритетной ценности. Однако, главными недостатками введения валеологического образования было снижение роли официальной медицины при обучении здоровому образу жизни и отсутствие органической взаимосвязи между отраслями здравоохранения, и образования. Не существовало и организации, которая могла бы их объединить. Объективные и необъективные причины трудностей становления валеологического образования были как организационными, так и интеллектуальными [1,5]. В отличие от стран Запада, где валеология преподается в рамках учебной дисциплины «Health education».

В нашем ВУЗе предмет «Основы санологии» введен с 2015-го года. Сначала для студентов специальности «Медико-профилактическое дело», затем с 2017-го года – «Лечебное дело». Студентам - стоматологам в рабочую программу введены темы по санологии. Более того, специальность «Санология» была введена в номенклатуру врачебных специальностей.

В рамках рабочих программ обучающиеся осваивают понятийный аппарат специальности, изучают саногенетические механизмы профилактики заболеваний, методы и методики диагностики здоровья, аспекты прогнозирования здоровья, клинко-физиологические основы оздоровительной физической тренировки, методики дыхательной гимнастики и гипоксической тренировки, применение оздоровительных техник в сохранении, укреплении и восстановлении здоровья.

В процессе обучения большое значение придается понятию «стресс» и его роли для возникновения патологии, т.к. заболевания могут возникать как на фоне воздействия психосоматических факторов (факторы, оказывающие влияние на возникновение и течение соматических заболеваний), так и на фоне соматопсихических факторов (психологические факторы, обычно сопровождающие серьезные физические нарушения (например, слепоту, дефекты лица) и серьезные болезни (например, онкологические, сердечно-сосудистые заболевания).

Термин «стресс» часто используется в медицине, физиологии, социологии, психологии и других науках. Состояние стресса — это одно из нормальных состояний человека, связанное с его жизнедеятельностью. Но реакция организма связана не с наличием стресса (действием стресс-фактора), а с его «количеством» (выраженностью), перерастающем в «качество». Один и тот же стрессор может вызвать различные последствия у разных людей, в зависимости от генетической предрасположенности, возраста, пола, приема внутрь гормонов, лекарственных препаратов, диеты. Стресс, являющийся физиологической реакцией на воздействие экстремального фактора, не всегда переходит в патологическое состояние. При длительном воздействии стрессового фактора может возникнуть так называемое психосоматическое заболевание, т.е. нарушение здоровья, этиопатогенез которого – истинная соматизация переживаний, проявляющаяся нарушением телесного здоровья. При отсутствии психологической защиты



эмоциональное переживание соматизируется, воздействуя на соответствующую ему систему органов. На определенном этапе происходит трансформация функциональных поражений в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе и как следствие – генерализация психосоматического заболевания [4]. Таким образом, стресс-фактор выступает как повреждающий. Однако, в официальной медицине подходы к лечению патологии физического и психического уровня, как правило, разнонаправлены и не применяются в комплексе.

В результате многолетней практической деятельности педагогов и врачи приходят к пониманию необходимости применения здоровьесберегающих технологий в ежедневной практике. В связи с этим актуально обучение практикующих врачей, педагогов, студентов медицинских и немедицинских вузов принципам и методам оздоровления человека, изучение сущности, механизмов и проявления здоровья, методов его диагностики и прогнозирования, а также коррекции с целью повышения уровня здоровья, и, соответственно, повышения качества жизни и социальной адаптации индивидуума.

Выводы. Развивающаяся система непрерывного профессионального педагогического и медицинского образования позволяет выделить временной фактор для овладения здоровьесберегающими технологиями теоретически и на практике. Изучение валеологии в средней школе и немедицинских вузах и санологии (медицинской валеологии) в медицинских вузах поможет сформировать мотивацию у школьников и студентов в сохранении, укреплении, формировании собственного индивидуального здоровья и расширить собственные резервные возможности организма, вести здоровый образ жизни, выработать стратегию формирования здорового образа с помощью самоконтроля собственной активности.

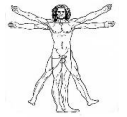
Таким образом, преподавание для студентов валеологических и санологических дисциплин способствует выработке убеждений, устойчивых мотиваций к здоровому образу жизни на основе получаемых знаний и опыта.

Список литературы:

1. Апанасенко Г.Л. Санология (Медицинская валеология): Учеб. пособие / Апанасенко Г.Л., Попова Л.О. – К.: Здоровье, 2011. – 248 с.
2. Баранов А.А. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико - социальных факторов в его формировании / Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. // Вестн. Российской АМН. – 2009. – № 5. – С. 6 – 11.
3. Кулемзина Т.В. Инновационный подход к процессу формирования здоровья / Т.В. Кулемзина, С.В. Красножон, Н.В. Криволап // Материалы III междунар. научн. конф. «Донецкие чтения 2018: образование, наука, инновации, культура и вызовы современности». – Донецк: ДонНУ, 2018. – Т.6. – С. 341 – 344.
4. Одинцова М.А. Психология жизнестойкости [Электронный ресурс]: учеб. пособие / М.А. Одинцова. – 3-е изд., стер. – М.: ФЛИНТА, 2020. – 292 с.



**Интегративная медицина, реабилитационные технологии:
образование, наука и практика**



5. Кулемзина Т.В. Валеология и санология: аспекты преподавания / Т.В. Кулемзина, С.В. Красножон, Н.В. Криволап, Е.И. Моргун // Мат. II-й Всерос. науч-практ. конф. с между-нар. уч. «Социально-образовательное партнерство учреждений общего и профессионального образования». – Армавир, 2015. – С. 117 – 120.



УДК 613.4–084

АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Криволап Н.В.

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Кафедра интегративной и восстановительной медицины
г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность. Сегодня в мире сложилась ситуация, характеризующаяся тем, что в целом молодежь, которая по логике вещей, должна быть наиболее здоровой частью общества, таковой не является [1,5,7]. Этот аспект диктует необходимость принятия срочных мер по сохранению здоровья и профилактике заболеваемости молодого поколения (А. Д. Богатырев, А.А. Чайкин (1988); Р.М. Баевский (2003); К.Д. Бабов (2004)). Этой проблемой занимается медицина профилактическая, основной целью которой является повышение адаптационного потенциала и функциональных резервов организма человека (как больного, так и здорового), однако, этого явно недостаточно.

В настоящее время проводятся многочисленные исследования в области прогнозирования общественного здоровья, качества жизни населения [4], так как информация об ожидаемом уровне здоровья всего населения и отдельных его групп составляет основу формирования национальной экономики и социальной политики. Стандартно прогнозирование этих показателей базируется на основе анализа статистической информации о заболеваемости, инвалидности, смертности населения, оценок демографических процессов и их перспектив, наиболее вероятных сценариев развития политических реформ, социально-экономической и экологической ситуации в государстве [7].

Последняя четверть XX века и начало XXI ознаменовались не только возвратом старых заболеваний, которые, как представлялось, будут вот-вот ликвидированы, но и появлением новых [3,7]. Рецессию общественного здоровья в современном обществе связывали, в основном, с социально-бытовыми и производственными факторами, недооценивая эпидемиологические. Ситуация с пандемией COVID-19 заставляет по-новому взглянуть на проблему прогнозирования общественного и индивидуального здоровья. Течение и прогноз заболевания, даже инфекционного, как показывает практика, во многом зависит от индивидуальных особенностей пациента, таких как тип конституции (склонность к определенной патологии, особенности течения патологического процесса, сопротивляемость организма или иммунный статус, а также эмоционально-психологическое состояние) [6, 8]. Еще С.П. Боткин писал: "При постановке предсказания врач берет во внимание основную болезнь данного случая, организм данного больного, его возраст, пол, общественное положение,



его наследственные особенности, существующие в нем изменения, под влиянием которых находится больной".

Цель исследования – проанализировать возможность прогнозирования индивидуального здоровья с учетом конституциональных особенностей человека.

Материал и методы. Аналитический обзор источников литературы, нормативно-правовой документации. Использовались методы теоретического системного анализа источников по теме исследования, оценки информационного содержания научной проблемы поиска информативных маркеров для эффективного прогнозирования индивидуального здоровья.

Результаты и их обсуждение. Социум создает одинаковые условия для каждого человека, но использование этих условий зависит от самой личности, ее творческого потенциала, активности в изменении условий жизни, а степень удовлетворенности реализацией созданных условий детерминируется уровнем здоровья (состояние здоровья личности является индикатором общественного здоровья).

Согласно литературным источникам прогнозирование здоровья человека чаще всего ведется по следующим направлениям:

- прогноз состояния здоровья практически здоровых людей перед воздействием на них неблагоприятных (иногда экстремальных) факторов, что особенно актуально для профессиональной и спортивной медицины;
- прогноз возможности (риска) заболевания, связанный с воздействием вредных бытовых и природных факторов;
- прогноз течения и исхода заболевания с учетом характера патологического процесса [4,7].

Но в данном перечне отсутствуют факторы семейной патологии, особенности иммунного статуса человека, наличие преморбидных состояний, что может в дальнейшем привести к формированию стойкой хронической патологии. Поэтому основой прогнозирования здоровья должен стать поиск информативных маркеров (факторов) повышенного риска развития заболеваний, определение их характера и особенностей влияния на организм человека.

Одним из основных методов прогнозирования является моделирование. Как основу при моделировании прогноза мы предлагаем использовать «Экспресс-систему оценки уровня здоровья», предложенную Г.Л. Апанасенко [1], которая была разработана с учетом физиологических закономерностей, проявляющихся в зависимости от степени развития физического качества общей выносливости (экономизация функций и расширение физиологических резервов). Она состоит из ряда простейших показателей, которые ранжированы и каждому рангу присвоен соответствующий балл. Для оценки уровня здоровья, измеряются в состоянии покоя: жизненная ёмкость легких (ЖЕЛ), частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), масса тела, рост (стоя), динамометрия кисти.



Общая оценка здоровья определяется суммой баллов и позволяет распределить всех практически здоровых лиц на 5 уровней здоровья, соответствующих определенному уровню аэробного энергетического потенциала. Затем выполняется функциональная проба (проба Мартинета). На основании полученных данных рассчитываются необходимые индексы и определяется уровень здоровья человека. Чем выше уровень здоровья, тем реже выявляются признаки хронических неинфекционных заболеваний и эндогенных факторов риска.

Среди маркеров, влияющих на состояние здоровья в перспективе (таких как возраст, пол, регион рождения и проживания человека, профессия и место работы, анамнез жизни) особое внимание необходимо уделить конституциональным особенностям личности, а именно: типу телосложения, склонности к определенной патологии, наличию семейных заболеваний, особенности течения заболеваний, вегетативному статусу, типу темперамента и психологическим характеристикам индивидуума. Поэтому необходим тщательный сбор анамнеза жизни, семейного анамнеза, проведение дополнительных клинических исследований для определения предрасположенности к возникновению определенной патологии.

Кроме того, важно учитывать индивидуальные характеристики пациента, а именно особенности конституции. Конституция является фундаментальной характеристикой целостного организма, она отражает индивидуальность, будучи проявлением его жизнедеятельности. В современной медицине под конституцией понимают комплекс структурно-функциональных особенностей организма, определяемых геномом. Генетическая индивидуальность проявляется в многообразных вариациях строения органов, физиологических функций, биохимических реакций.

Особенностью индивида является то, что признаки, полученные с геномом, дополняются признаками, приобретенными организмом в процессе его жизнедеятельности [2]. При этом каждая индивидуальность реализует наследственные признаки в конкретных условиях окружающего мира. Как писал Парацельс: «Знание нельзя считать совершенным, если оно не включает в себя понимание причины, то есть начала, и поскольку все болезни человека берут начало в его конституции, необходимо знать его конституцию, чтобы изучить его болезни».

Доказано, что существует общий механизм, который может проявлять свое действие в предрасположенности к весьма широкому спектру заболеваний, включая инфекционные, аутоиммунные и онкологические [5]. Таким механизмом является ассоциированный с системой гистосовместимости (HLA-система) генетический контроль функциональной активности субпопуляций иммунокомпетентных клеток или качество иммунного ответа [2]. Антигены HLA-системы ответственны не только за предрасположенность к развитию заболеваний, но и за сроки возникновения, характер течения и исход патологического процесса. «Гены «предрасположенности» – это мутантные гены



(аллели), которые совместимы с рождением и постнатальной жизнью, но при определенных неблагоприятных условиях могут способствовать развитию того или иного заболевания. Все заболевания, спровоцированные аллельными вариантами генов предрасположенности, относятся к наиболее многочисленной группе мультифакториально наследуемых заболеваний, в возникновении которых участвуют как генетические, так и экзогенные факторы» (В. С. Баранов, 2003).

Возникновение и развитие патологического процесса зависят от двух составляющих конституции: реактивности и резистентности. Наследование резистентности подтверждено генетическими исследованиями [2,5]. В сущности, основоположник гомеопатии С. Ганеман выявил типичные способы реагирования хронически больных людей, являющиеся следствием недостаточного лечения или подавления инфекции, или наследственной предрасположенности.

Таким образом, модель прогноза индивидуального здоровья можно сформировать следующими ступенями (Рис. 1):

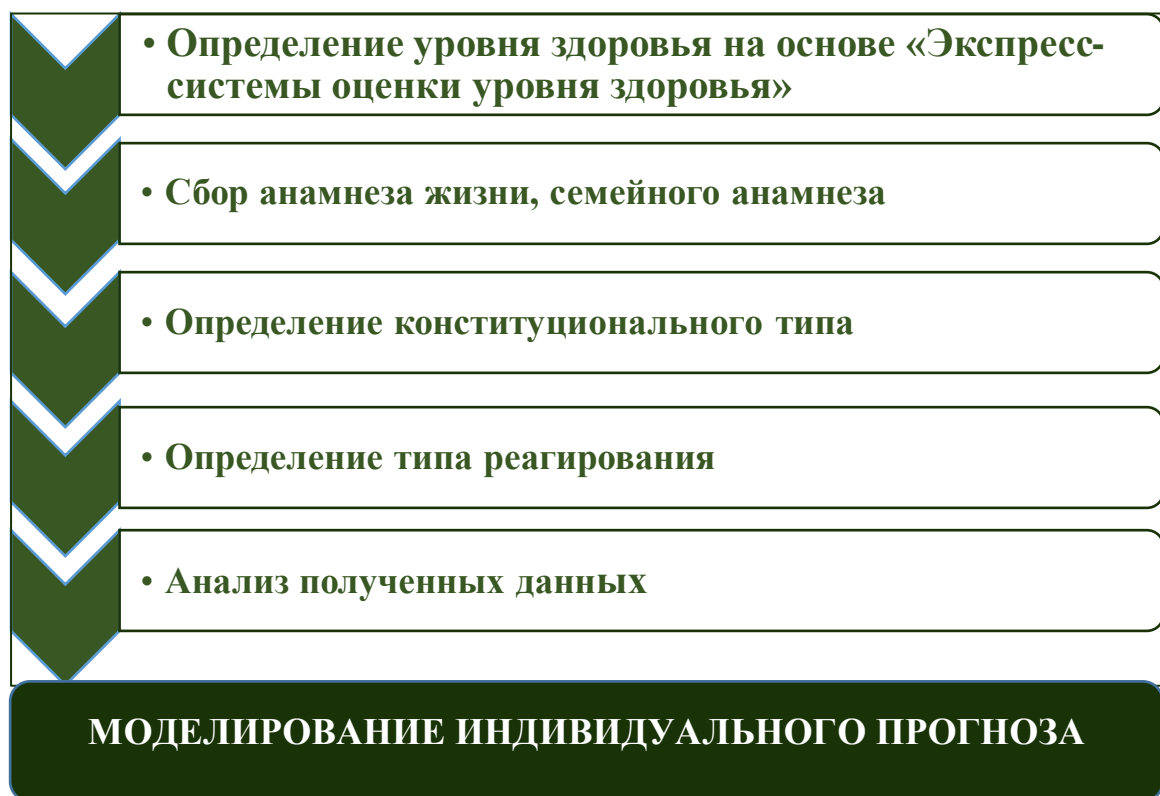


Рисунок 1. Модель мультифакторного прогнозирования индивидуального здоровья

Выводы. Таким образом, представленная модель прогнозирования индивидуального здоровья отражает разноплановость условий развития заболеваний, их индивидуальный характер и особенности влияния различных



факторов на организм человека, что может быть широко использовано в клинической практике.

Список литературы:

1. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека / Г.Л. Апанасенко, Л.О. Попова. – К.: Здоровье, 2011. – 248 с.
2. Ахметов И.И. Ассоциация полиморфизмов генов-регуляторов с типом адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам / И.И. Ахметов, Е.В. Линде, В.А. Рогозкин // Вестник спортивной науки. – 2008. – № 1. – С. 38 – 41.
3. Информационный бюллетень «10 ведущих причин смерти в мире» // Всемирная организация здравоохранения. – 2013. – № 310.
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.А. Ионова. – СПб.: ОлмаМедиаГрупп/Просвещение, 2007. – 320 с.
5. Устюжанина М.А. Клинические и молекулярно-генетические особенности формирования метаболических нарушений у детей с ожирением и артериальной гипертензией: автореферат дис. канд. мед. наук: 14.01.08/ Устюжанина Маргарита Александровна. – 2018. – 24 с.
6. Филиппов М.М. Психофизиология функциональных состояний: учебное пособие / М.М. Филиппов. – К.: МАУП, 2006. – 240 с.
7. Шальнова С.А. Эпидемиологический мониторинг как инструмент планирования программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска / С.А. Шальнова, А.В. Концевая, Ю.А. Карпов [и др.] // Профилактическая медицина. – 2012.– Т.15. – №6 – С. 64 – 68.
8. Child, family and environmental correlates of children's motor skill proficiency / L. Barnett [et al.] //J. Sci. Med. Sport– 2013.– Vol. 16, № 2.– P. 332 – 336.



УДК: 616.711-331.1

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАНТОЛЕЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Кудрявский С.И., Шакула А.В., Комарова Т.А.

Алтайский научно-исследовательский институт курортной медицины и
лечебно-оздоровительного туризма

Федерального государственного бюджетного учреждения

"Сибирский федеральный научно-клинический центр»

Федерального медико-биологического агентства"

г. Белокуриха, Российская Федерация

Актуальность темы. Пандемия Covid-19 может охватить несколько миллионов человек во всем мире. Предположительно, 5 – 15% из них будут нуждаться в медицинской реабилитации. При коронавирусной инфекции происходит повреждение альвеол легких, эритроцитов и гемоглобина, воспаление стенок сосудов, развитие гемолитического микротромбоваскулита и генерализованного внутрисосудистого микротромбоза, отмечается выраженное ограничение физической активности, снижение работоспособности и качества жизни, в результате чего ранняя медицинская реабилитация является социально значимой задачей [9,10].

Одной из приоритетных задач курортной медицины и медицинской реабилитации является научное обоснование природных лечебных факторов в комплексных программах санаторно-курортной реабилитации и активного долголетия всех возрастных групп населения. Известно, что панты оленей и маралов применяют в народной медицине более 2 000 лет, целители древнего Китая считали, что «...панты увеличивают жизненную силу человека, отдалают старость, растворяют камни, излечивают гнойные нарывы, умеряют вспыльчивость, укрепляют мужскую силу...». С целью дальнейшего изучения и внедрения пантолечения в практику санаторно-курортной реабилитации и оздоровления населения в 2016-м году был создан на курорте Белокуриха Филиал «Алтайский научно-исследовательский институт курортной медицины и лечебно-оздоровительного туризма» Федерального государственного бюджетного учреждения "Сибирский федеральный научно-клинический центр» Федерального медико-биологического агентства России (ФГБУ СИБФНКЦ ФМБА РОССИИ). Важно подчеркнуть, что в 2019-м году сфера научной деятельности Филиала в области пантолечения значительно расширилась за счёт организованной научно-исследовательской лаборатории изучения биологически активных веществ и их композиций с разными фармако-физиологическими свойствами. Под общим руководством ФМБА России в этом же году Алтайский НИИ стал полноправным участником нового научно-производственного консорциума производителей пантовых препаратов и научных учреждений, занимающихся вопросами агротехнологий и медицинского сопровождения



внедрения в практику продукции. Необходимо отметить, что организация этой научной лаборатории и эффективное сотрудничество консолидация Алтайского НИИ с сельхозпроизводителями, фармацевтическими компаниями и переработчиками, а также научными и медицинскими коллективами, контролирующими учреждениями и органами власти Алтайского края, обеспечило все необходимые условия для эффективного решения комплексной проблемы. Это позволило объединить разработки отечественных инновационных фармацевтических биотехнологий и научной организации производства полного цикла «от идеи до готового препарата» с последующим высокотехнологическим процессом получения современных биологически активных добавок и оздоровительных продуктов питания на основе растительного, органоминерального и животного сырья. В будущем планируется создание научно обоснованных, инновационных медицинских технологий санаторно-курортного лечения, оздоровления и реабилитации пациентов с хроническими социально значимыми неинфекционными заболеваниями с применением уникальных высокоэффективных и экологически безопасных биологически активных пантовых препаратов, в том числе, в комбинации с лечебными физическими факторами Алтайского края [1].

Установлено, что панты содержат аминокислоты, белки, липиды, микроэлементы, гормоны (тестостерон, эстрадиол, дегидроэпиандростерон), инсулиноподобные факторы роста, альфа-, бета-трансформирующие факторы роста, костный морфогенетический протеин, участвующие в синтезе и регенерации соединительной, хрящевой и костной тканей, эпидермальный фактор роста, способствующий заживлению ран, фактор роста нервов и цилиарный нейротрофический фактор, влияющие на дифференцировку развивающихся нейронов и глиальных клеток и другие биологически активные вещества [4,5]. Препараты пантового оленеводства способны повышать физическую и умственную работоспособность, стимулировать активность гемопоэза, системного иммунитета и процессов регенерации, обладают вегетостабилизирующим и психо-корректирующим воздействием, позволяющим активизировать деятельность сердечно-сосудистой и кислород-обеспечивающей систем организма. Фармакологические свойства пантов марала определяют основные лечебно-профилактические характеристики и сферы их применения: иммуномодулирующее, антиоксидантное, противовоспалительное, антиишемическое и общее адаптационное влияние, корректирующее действие на эритропоэз и снижение риска формирования железодефицитных состояний, повышение физической и умственной работоспособности, улучшение когнитивных функций, нормализация гормонального статуса, активация регенеративных процессов [2,4].

Научные основы пантолечения с обоснованием механизмов действия продуктов пантового оленеводства, возможности их применения в профилактических и реабилитационных программах показаны в работах [6,7]. Отмеченные особенности механизмов действия продуктов пантового



оленеводства, высокая эффективность и безопасность использования позволяют обосновать патогенетические пути и возможности их применения в профилактических и реабилитационных программах лечения и реабилитации пациентов, перенесших Covid-19.

Цель исследования. Патогенетическое обоснование возможностей применения препаратов пантового оленеводства в комплексных программах медицинской реабилитации пациентов, перенесших Covid-19.

Материал и методы. Разработана технология приготовления и применения пантовых ванн, утверждены методические пособия и технология применения бальнеопроцедур с пантомагниевым экстрактом у больных с дорсопатиями и остеоартрозом [2,3,8].

Результаты и их обсуждение. К настоящему времени накоплен большой экспериментальный и клинический опыт использования пантовых препаратов оленеводства при лечении и медицинской реабилитации больных широкого профиля [4,5,6,8]. Влияние пантов марала на активность гемопоэза можно считать нормализующим, что способствует быстрой адаптации системы кроветворения к стрессирующим факторам, экстремальным физическим и психоэмоциональным нагрузкам. Ведущим механизмом модулирующего влияния пантов марала на жизнедеятельность кроветворных клеток можно считать влияние биологически активных веществ пантов на нейроэндокринную регуляцию системы кроветворения [7].

Важное место занимает пантолечение в «Anti-age терапии» в связи с возрастным снижением антиоксидантной защиты, уменьшением стволовых клеток и факторов роста, снижением функции надпочечников и половых гормонов, уменьшением плотности костной ткани и нарушением когнитивных функций. Дальнейшая разработка и активное внедрение технологий пантолечения в практику может рассматриваться как важный вектор реализации Стратегии Правительства РФ № 164 от 05.02.2016 «Активное долголетие» [7].

С терапевтической точки зрения перспективна попытка создания комплексных препаратов на основе пантов марала, а также продуктов растительного и минерального происхождения. Показана высокая эффективность применения порошка пантов марала в коррекции признаков эндогенной интоксикации и перетренированности у спортсменов различных видов спорта, использования пантомагниевых ванн при реабилитации пациентов с ожирением и метаболическим синдромом, обоснована возможность использования пантолечения в комплексных программах лечения и реабилитации больных с хроническими неинфекционными гепатитами, разработана и внедрена в практику оздоровительных мероприятий комплексная программа «Алтай-СПА» [8].

Одним из новых и перспективных продуктов пантолечения явилось создание ООО «НПП КБ «Алтай», совместно с учёными и ведущими специалистами Филиала, Алтайского медицинского института, *Всероссийского научно-исследовательского института пантового оленеводства* и ОАО



«Кемеровская фармацевтическая фабрика», уникальной технологии изготовления пантового порошка «ПАНТ ON» (ТУ 11.07.19-001-43979419-2020. Регистрационный номер – РОСС RU.0001.510262). В состав «ПАНТ ON» входит водорастворимый пантовый порошок, имеющий 100% степень биодоступности и усвояемости, а также экстракты лекарственных трав (золотого и красного и маралиева корня, красной щетки, шиповника, чаги и солодки), которые имеют оптимальный по составу комплекс сбалансированных веществ и накопительный характер взаимодействия. Пантовый порошок «ПАНТ ON» предназначен для использования в производстве специализированных пищевых продуктов, биологически активных добавок к пище, для питания спортсменов и производства тонизирующих напитков.

Выводы. Представленный анализ экспериментальных и клинических исследований фармакологической эффективности пантов позволяет определить наиболее перспективные направления их применения в комплексных программах курортной медицины и медицинской реабилитации.

С целью повышения эффективности их применения в санаторно-курортной практике необходимо расширить сферу использования пантолечения при оздоровительных и профилактических мероприятиях, СПА-процедурах, медико-психологической реабилитации пациентов с явлениями утомления и постстрессовыми расстройствами, медицинской реабилитации больных кардиологического, неврологического и травматологического профилей, реабилитации лиц пожилого возраста и пациентов, перенесших Covid-19.

Список литературы:

1. Воробьев В.А., Зайцев А.А., Смирнова И.Н., Абдулкина Н.Г. Алтайский НИИ курортной медицины и лечебно-оздоровительного туризма: первые результаты и перспективы. – «Кто есть Кто в медицине». – 2019. – №2(96). – С. 62.
2. Кудрявский С.И. Применение водного экстракта пантов марала в медицинской реабилитации. Автореф. дис. ... д.м.н. – Новосибирск, 2004. – 33 с.
3. Кудрявский С.И., Комарова Т.А. Технология приготовления и применение пантовых ванн // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4. – С. 10.
4. Левицкий Е.Ф., Гриднева Т.Д., Голосова Л.О. и др. Применение препарата «Пантогематоген сухой» в бальнеофизиотерапии (методические рекомендации). – Томск. – 1996. – 17 с.
5. Луницин В.Г. Производство, переработка и биохимический состав продукции пантового оленеводства / РАСХЮ сиб. отд-ние, ВНИИПО. – Барнаул. – 2008. – 294 с.
6. Смирнова И.Н., Верещагина С.В., Штейнердт С.В., Зайцев А.А., Абдулкина Н.Г. Применение порошка пантов марала в коррекции лабораторных признаков эндогенной интоксикации и перетренированности у спортсменов



зимних циклических видов спорта // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2019. – №1 (149). – С. 32 – 40.

7. Смирнова И.Н., Суслов Н.И., Хлусов И.А., Зайцев К.В., Гостюхина А.А., Верещагина С.В., Абдулкина Н.Г. Экспериментальное обоснование применения пантов марала на фоне экстремальных психоэмоциональных нагрузок // Биомедицина. – 2019. – №15 (3). – С. 33 – 40.

8. Шакула А.В., Несина И.А., Потеряева Е.Л., Люткевич А.А. Бальнеолечение дорсопатий и остеоартроза с применением средства для принятия ванн «Пантомагнийевый экстракт» / Медицинская технология. – Новосибирск. – 2010. – 30 с.

9. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Мишина И.Е., Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация при коронавирусной инфекции: новые задачи для физической и реабилитационной медицины в России // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – № 3. – С. 14 – 21.

10. Shi H, Han X, Jiang N, Cao Y, Alwalid O, Gu J, Fan Y, Zheng C. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study // Lancet Infect Dis. – 2020.



УДК 159.972:616.892

К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕГРАТИВНОМ ПОДХОДЕ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ВРАЧЕЙ

Кулемзина Т.В.

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Кафедра интегративной и восстановительной медицины
г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. Современные боевые действия, как правило, сопровождаются повышенным стрессогенным воздействием на психику военнослужащих. По мнению исследователей [1,4,5,10], боевой стресс представляет собой совокупность субреактивных состояний, под которыми понимают состояния, схожие по своим проявлениям с некоторыми проявлениями реактивных состояний, но отличающиеся от них меньшей силой, стойкостью и тотальностью проявлений.

Интенсивность переживания военнослужащим боевого стресса зависит от взаимодействия двух основных факторов:

1. Силы и длительности воздействия на психику военнослужащего боевых стрессоров;
2. Особенности реагирования военнослужащего на их воздействие.

Поскольку гражданские врачи находятся в тех же боевых условиях, что и другие военнослужащие, на них также оказывают действие специфические и неспецифические для боевой обстановки боевые стрессоры.

Стрессоры, действующие на гражданского врача в обычной повседневной практической работе в рамках специальности отличаются от таковых в боевых условиях. Возникшие значительные изменения условий работы и жизнедеятельности, повышенная ответственность за свои действия; длительное выполнение напряженной деятельности в незнакомых ранее условиях сопровождаются непредсказуемыми реакциями. Это можно объяснить тем, что в программе подготовки специалиста в гражданском медицинском университете очень малое количество учебных часов выделяется на такого рода знания (в частности, психологической направленности).

В результате – гражданские врачи, оказавшиеся в боевой обстановке, часто пренебрегают опасностью, неадекватно ее оценивая, нарушают общепринятую дисциплину, поскольку доминирует задача оказания неотложной помощи. В результате возникает дилемма между необходимостью выполнения функций в рамках данной врачебной клятвы и инстинктом самосохранения, что и является в большинстве случаев причиной снижения психологической устойчивости с последующими психосоматическими проявлениями.



Психосоматика – это телесное отражение душевной жизни человека, включая как телесное проявление эмоций (следствием дисбаланса которых и становятся психосоматические болезни), так и «зеркало» иных подсознательных процессов, телесный канал сознательно-подсознательной коммуникации [6].

Иначе говоря, взаимосвязь тела («сомы») и психики всегда двусторонняя. Как все соматические расстройства имеют свои психологические «корни», так и любые психологические проблемы всегда приносят психосоматические «плоды». Разница только в том, какая именно сторона внутриспсихического конфликта – душевная или соматическая – выходит на первый план, какая из них имеет более выраженные внешние проявления [6].

Основной трудностью в практическом осуществлении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий в отношении участников боевых действий является необходимость комплексного подхода [7].

Цель исследования – продемонстрировать комплексность применения нелекарственных методов в коррекции психосоматических расстройств у гражданских врачей, выполняющих свои функциональные обязанности в условиях действия боевой обстановки.

Материал и методы. Проведено лечение 39-ти пациентов мужского пола в возрасте от 36-ти до 38-ми лет, находившихся в зоне действия боевой обстановки в течение 6-ти месяцев. Физически пациенты-врачи не пострадали и не нуждались на физическом плане в оказании им неотложной медицинской помощи (физическая целостность организма не была нарушена).

Пациенты поступили на лечение в стационары терапевтического профиля с жалобами на резкое снижение психологической устойчивости, нарушения функций внимания и памяти, нарушения сна с преобладанием процессов возбуждения, тремор конечностей, неспособность сконцентрироваться, снижение работоспособности, снижение самоконтроля.

На физическом плане пациентов беспокоили боли в эпигастральной области, отсутствие аппетита и снижение массы тела, люмбагии, головные боли различной локализации, головокружения, связанные с изменением положения тела, боли в области сердца, иррадиирующие в левое надплечье и лопатку.

Диагностические и последующие лечебно-профилактические мероприятия определялись на основе холистического подхода к пациентам.

Все психосоматические проявления были квалифицированы с точки зрения синдромологического подхода традиционной китайской медицины. Жалобы, предъявляемые пациентами, были сопоставлены с синдромами традиционной китайской медицины, свойственными внутренним органам (с учетом физических и психосоматических проявлений) [8,9]. Мериаданная диагностика позволила определить значительные энергетические изменения в меридианах почек, перикарда, печени и легких. Эти меридианы были и определены как первоочередные объекты для рефлексотерапевтического воздействия.



Обязательным условием диагностического этапа явилось определение конституциональных признаков каждого пациента (в соответствии с категориями традиционной китайской медицины) и сопоставление их с предъявляемыми жалобами и типами реагирования на боевую обстановку, что в конечном итоге определяло методику рефлексотерапевтического воздействия и время, в которое проводилась процедура.

В рамках классических моделей взаимоотношений «врач-пациент» в данном случае была избрана «коллегиальная» не только по стереотипу построения, но и по сути, ибо в роли пациента в данном случае находился коллега.

Собственно лечению пациента-врача предшествовала беседа, в ходе которой пациенту предоставлялась полная информация о планируемых методах лечения, показаниях, противопоказаниях к ним, возможностях, сочетаемости, эффективности, особенностях течения лечебного процесса. Такая полная информированность была призвана вызвать у коллеги содружественную реакцию, при которой от пациента-врача требовалось переместить на второй план свои профессиональные знания, умения и навыки, а на первом плане сформировать доверие к лечащему врачу, отслеживать свои реакции, ощущения, эффекты.

В 20,5% случаев этот процесс проговаривания оказался достаточно трудоемким и длительным по времени, однако успешным. Это можно объяснить двумя важными факторами. Первый – это повышенная степень ответственности и напряженности в выполняемой в настоящий период работе (в боевых условиях). Второй – неоднозначное (вследствие недостаточной осведомленности) к такого рода немедикаментозным методам психосоматической коррекции.

Также в процессе беседы проговаривались необходимость формирования оптимального стереотипа поведения (эмоционального, двигательного, нутрициологического). Такая беседа проводилась перед началом каждого курса лечения.

Холодинамика при лечении применялась как направление практической психологии. При проведении сеансов холодинамики ставилась цель – помочь пациенту в решении глубоких личностных и социальных проблем. Выбор холодинамических процессов с целью помощи пациентам, работающим в условиях воздействия боевой обстановки, был обусловлен доказанной эффективностью работы с холодайнмами (мыслеформами) путем их отслеживания.

С началом сеансов рефлексотерапии пациентам прописывались и классические гомеопатические препараты. Каждому пациенту подбирался индивидуальный конституциональный препарат по принципу унитарности (применение только одного препарата).

Среди конституциональных типов были выделены соответствия портретам гомеопатических препаратов растительного, минерального и животного



происхождения: *Nux vomica*, *Aconitum*, *Lycopodium*, *Phosphorus*, *Alumina*, *Calcium carbonicum*, *Vipera berus*, *Veratrum viride*, *Lachesis*.

Независимо от принадлежности к группе на первом этапе приема конституциональных гомеопатических препаратов использовались низкие разведения (12). С интервалом в 21 день назначались более высокие разведения (30,50,100).

Результаты и их обсуждение. Интегративный (холистический) подход к здоровью был применен в эпоху Желтого императора Хуань-Ти и сформулирован как лечебно-профилактическая система, где основной причиной болезни являлось нарушение гармонии духа и тела.

Холодинамика – это система взглядов, процессов и метафор, направленных на трансформацию ограничивающего опыта, построение будущего и реализацию планов [2].

Холодайн (мыслеобраз) – это индивидуально воспринятый всеми органами чувств и зафиксированный на подсознательном уровне в качестве своего опыта целостный образ предмета, события, явления.

Проведено 3-и курса рефлексотерапии с интервалом в 21 день, длительностью по 10 сеансов каждый, ежедневно. В течение первых 10-ти сеансов использовалась седативная методика. В течение второго и третьего курсов выполнялась тонизирующая методика. Использовались точки корпоральной, аурикулярной и краниальной топографии. Применялась классическая акупунктура, прогревание, баночный массаж и поверхностная многоигольчатая рефлексотерапия. Комплексование процедур определялось состоянием пациента в настоящий момент (не более 2-х процедур в одном сеансе).

Сеансы рефлексотерапии предшествовали сеансам работы с холодаином, что позволяло обеспечивать определенную степень физического и психологического комфорта пациента.

Длительность сеанса работы с холодаином составила в среднем от 90-а до 120-ти минут. Кратность проведения холодинамического процесса в отношении к рефлексотерапевтическому сеансу составила 1:2. Результатом воздействия явилась психосоматическая гармонизация пациентов. В ходе «процесса отслеживания проблемы», который проводился каждому пациенту индивидуально, отрицательные элементы восприятия произошедших в течение 6-ти месяцев нахождения в боевой обстановке событий и сопутствующих ощущений в организме трансформировались в положительные психические проявления.

Холодаины проявлялись в сознании пациентов во время сеансов как трехмерные мыслеобразы, подобные живым голограммам. Они имели цвет, форму, черты, характер, запах, эмоциональную окраску, сопровождалась звуком. Процесс контролировался трекером, одновременно являющимся и лечащим врачом. Пациенты отмечали, что количество холодаинов, с которыми необходимо было им работать в первую очередь, колебалось от 5-ти до 9-ти.



Обязательным условием после прохождения лечебного сеанса являлся полноценный отдых пациента в течение 3-х часов (со сном).

Использование конституциональных препаратов способствовало возвращению характеристик в рамки конституции (то есть и восстановлению физических, психических, ментальных признаков).

Контрольные осмотры пациентов в перерывах между курсами лечения рефлексотерапией осуществлялись еженедельно в идентичный день недели и идентичное время. После окончания времени интенсивного лечения были выданы рекомендации по дальнейшему приему гомеопатических препаратов.

Лечебный процесс планировался таким образом, чтобы снизить риски возникновения обострений, особенно в ходе сочетанного применения методов, поскольку, был ограничен временным фактором.

Выводы. Таким образом, примененная модель взаимоотношений «врач-пациент» проиллюстрировала утверждение Р. Витча: "Когда два индивида или две группы людей действительно привержены общим целям, то взаимное доверие и конфиденциальность отношений оправданы, а сама коллегиальная модель имеет смысл. Это очень приятный и гармоничный путь взаимодействия с другими людьми. Он предполагает равенство достоинства и уважения, ...общность ценностей, которым каждая из сторон привержена».

И наконец, хотелось бы отметить, что опыт оказания такого вида специализированной (психосоматической) медицинской помощи явился ценным опытом клинической практики с той точки зрения, что он обогатился за счет работы с пациентами-коллегами, которые в силу сложившихся обстоятельств выполняют обязанности в условиях действия боевой обстановки.

Список литературы:

1. Военная психология: методология, теория, практика (Корчемный П.А. и др.). – М.: Воениздат, 2008. – 280 с.
2. Вульф В., Ректор К. Холодинамика вашей жизни. Сборник. Пер.с англ / Общ. ред. Л. Лучко. – М.: ЛАС, 1994. – 176 с.
3. Грачева Л.В., Сергеев В.А. Отдалённые последствия боевого стресса и боевой психической травмы – психиатрические и социально-психологические аспекты // <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28524>
4. Караяни А., Сыромятников И. Прикладная военная психология. Учебно-методическое пособие. – СПб.: Питер, 2006. – 480 с.
5. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
6. Сандомирский М. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство. – М.: Класс, 2005. – 592 с.
7. Смекалкина Л.В. Медицинская и социально-психологическая реабилитация участников локальных конфликтов с последствиями травм в системе этапного восстановительного лечения. Автореф.д.мед.н. – М., 2011. – 39 с.



8. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2006. – 752 с.
9. Шнорренбергер К. Терапия акупунктурой. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2012. – 528 с.
10. Begoyan A. An Anatomy of Psycho-trauma: Pain, Illness and Recovery // International Journal of Psychotherapy. – 2014. – Т. 18. – №3. – Р. 41 – 51.



УДК 616.594.14:615.36:665.529.82

ПАНТОЛЕЧЕНИЕ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Кулишова Т.В., Табашникова Н.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет»

Кафедра поликлинической терапии,
медицинской реабилитологии с курсом ДПО
г. Барнаул, Российская Федерация

Актуальность темы. Применение средств пантового оленеводства в оздоровлении организма человека относится к методам интегративной медицины и насчитывает несколько столетий. На сегодняшний день на рынке продуктов пантового оленеводства предлагается большое количество средств. Однако, в литературе, доступной для изучения, существуют единичные данные опытного использования пантовых вод марала, приготовленных варочным путем, для стимуляции роста волос [2,4]. Большой научный интерес представляет пантогематоген – сухая кровь алтайского марала [3,6,7].

Ряд авторов, изучая химический состав пантогематогена указывают на наличие 20-ти аминокислот, в том числе незаменимых, которые способствуют укреплению волос и улучшению их структуры. Пантогематоген содержится до 30-ти различных элементов и витамины группы В, А, Е, Д. Важную роль для полноценного функционирования волосяной луковицы имеют: железо, фтор, кремний, цинк, медь, селен, хром, литий, кобальт. Витамины А и Д вместе с цинком необходимы для развития новых здоровых волос, витамин В₁₂ и железо участвует в синтезе эритроцитов, которые являются переносчиками кислорода, в том числе, и к волосяным фолликулам. Пантогематоген содержит высокие уровни инсулиноподобного фактора роста (IGF) – 1, который может стимулировать рост волос и виментин – белок, который стимулирует пролиферацию клеток дермального сосочка и увеличивает миграцию клеток и экспрессию фактора роста [9]. Пантогематоген ингибирует 5- α -редуктазу, тем самым уменьшая нежелательные уровни дигидротестостерона (ДГТ), поддерживая уровень тестостерона и избегая образования нежелательных метаболитов. ДГТ является основным фактором, способствующим андрогенной алопеции [6,10]. Липидная фракция пантогематогена улучшает текстуру волос, придавая им эластичность, гибкость и блеск [4].

Цель исследования. Повысить эффективность лечения лиц, страдающих андрогенной алопецией, путем включения пантогематогена, метода интегративной медицины, в восстановительную программу.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 132 человека в возрасте от 18-ти до 61-го года (средний возраст $39,5 \pm 2,1$ года) с андрогенной алопецией. Все испытуемые разделены на 2 группы, которые были



рандомизированы по возрасту и полу, случайным распределением по группам, проводимому лечению. Первую (основную) группу составил 91 человек, состоящую из двух подгрупп. Пациенты подгруппы А (46 человек) получали комплексное лечение: рациональное питание с преобладанием белковых продуктов, массаж и дарсонвализацию волосистой части головы. Пантогематоген назначался внутрь по 1 капсуле 2 раза в день (утром и вечером) за 20 минут до еды, в течение 20 дней, а также в форме жидкой маски на волосистую часть головы. Предварительно сухой пантогематоген – 1 капсула – разводилась в 50 мл теплой воды, настаивалась в течение 3 – 4-х часов и наносилась на кожу головы, распределялась по волосам на 20 мин, ежедневно в течение всего курса лечения. Пациентам подгруппы В (45 человек) назначалось рациональное питание, массаж, дарсонвализация и жидкая маска из пантогематогена. Во второй группе сравнения (41 человек) проводилось то же лечение, за исключением пантогематогена.

Испытуемых обследовали в течение 2-х дней: выявляли жалобы, анамнезы жизни и болезни, измеряли рост волос в см, оценивали уровень гемоглобина в крови. Проводилась фототрихограмма на аппарате «TRICHOLOGIC SDIS» с фотографированием волос под микроскопом с 10-ти и 40-кратным увеличением. Фототрихограмму выполняли в 2-х зонах – лобно-теменной и затылочной в зонах выраженного истончения волос. В избранных зонах, на участке 8x8мм триммером сбривались волосы. Спустя 2 – 3 дня, когда среди подбритых волос можно будет обнаружить отросшие (анагеновые) и оставшиеся прежнего размера (телогеновые) волосы, участки подкрашивались безаммиачным красителем для волос, и с помощью трихоскопа, подключенного к компьютеру, под 40X увеличением заносились в специализированную компьютерную программу (Trichoscience). Далее, с помощью программы просчитывалось общее количество волос на данных зонах, а также – через 2,5 месяца. Методом конъюнктивальной биомикроскопии со щелевой лампой исследовали микроциркуляторное русло [1]. Контрольное обследование результатов лечения проводилось через 2,5 месяца.

Результаты и их обсуждение. До лечения все пациенты жаловались на снижение количества волос на голове, отсутствие естественного блеска и сечение концов, повышенную ломкость и истончение имеющихся волос. Кроме того, они указывали на наличие перхоти, зуда, сухости кожи головы. Треть испытуемых были обеспокоены замедлением роста волос. Оценка динамики клинических жалоб пациентов с андрогенной алопецией через 2,5 месяца показала достоверное уменьшение количества пациентов в обеих подгруппах основной группы с истончением волос: (в подгруппе А на 77,0% ($p<0,05$), в подгруппе В на 58,0% ($p<0,05$)). Отсутствие блеска, ломкость волос, сухость кожи волосистой части головы и перхоти отмечали в подгруппе А 63,2% ($p<0,05$) пациентов, в подгруппе В – 48,2% ($p<0,05$)). В группе сравнения результаты оказались достоверно ниже, чем в основной группе.



Вероятно, пантогематоген укрепляет волосы и улучшает их структуру за счет нормализации связи цистеин-содержащего белка с кутикулой, что появляется естественным блеском и гладкостью. Полученные данные совпадают с исследованиями других авторов [4]. В группе сравнения результаты не значимы.

Применение пантогематогена в комплексном лечении пациентов с андрогенной алопатией улучшило микроциркуляцию, что подтверждалось сравнительным анализом бульбарной конъюнктивы до и после лечения в обеих группах основной группы. Следует отметить, что более положительная динамика конъюнктивальных индексов отмечалась в подгруппе А, где пациенты принимали пантогематоген внутрь и в виде маски. В группе сравнения положительные изменения микроциркуляции были достоверно ниже, чем в подгруппах основной группы (табл. 1).

Таблица 1

**Изменение микроциркуляции у пациентов с андрогенной алопецией
под влиянием лечения (M±m)**

Группы	Конъюнктивальные индексы (в баллах)			
	КИ1	КИ2	КИЗ	КИО
Основная (n=60)				
Подгруппа А (n=46)	$0,57 \pm 0,04$ $0,24 \pm 0,01^*$	$7,92 \pm 0,07$ $3,99 \pm 0,06^*$	$6,17 \pm 0,04$ $2,59 \pm 0,07^*$	$14,29 \pm 0,07$ $6,89 \pm 0,08^*$
Подгруппа В (n=45)	$0,56 \pm 0,03$ $0,28 \pm 0,01^* \blacktriangle$	$7,85 \pm 0,05$ $5,00 \pm 0,04^* \blacktriangle$	$5,88 \pm 0,07$ $3,20 \pm 0,05^* \blacktriangle$	$13,93 \pm 0,08$ $9,53 \pm 0,03^* \blacktriangle$
Сравнения (n=41)	$0,58 \pm 0,04$ $0,49 \pm 0,02^* \blacktriangle \triangle$	$7,77 \pm 0,06$ $5,92 \pm 0,07^* \blacktriangle \triangle$	$5,96 \pm 0,06$ $4,95 \pm 0,07^* \blacktriangle \triangle$	$14,05 \pm 0,06$ $11,28 \pm 0,04^* \blacktriangle \triangle$

Примечание: в числителе – показатель до лечения, в знаменателе – через 2,5 месяца после лечения; * – различия достоверны ($p < 0,05$) по отношению к исходному уровню; \blacktriangle – различия достоверны ($p < 0,05$) по сравнению со значением в подгруппе А основной группы через 2,5 месяца после лечения; \triangle – различия достоверны ($p < 0,05$) по сравнению со значением в подгруппе В основной группы через 2,5 месяца после лечения; КИ1 – конъюнктивальный индекс, КИ2 – индекс сосудистых изменений, КИЗ – индекс внутрисосудистых изменений, КИО – общий индекс.

Ряд авторов обосновывают в публикациях данные, позволяющие предположить [1] о подобных положительных изменениях микроциркуляции во всех тканях человека.

В таблице 2 представлены результаты исследования количества гемоглобина в крови пациентов с андрогенной алопецией волос до, после лечения и в катамнезе через 2,5 месяца после лечения.

Уровень гемоглобина после проведенного лечения во всех группах вырос, однако, достоверное увеличение прослеживалось только в основной группе подгруппы А, где пациенты получали пантогематоген внутрь. Статистически значимое повышение уровня гемоглобина у пациентов, принимавших пантогематоген внутрь, можно объяснить тем, что кровь марала снижает



дефицит железа в организме. Железо участвует в метаболизме, продуцируя гемоглобин, снижая гипоксию клеток, и как результат – улучшает питание волосяного фолликула. В доступной нам литературе удалось найти информацию, подтверждающую корреляцию между количеством гемоглобина и ростом волос [4]. В катамнезе за 2,5 месяца в основной группе, подгруппе А, средний уровень гемоглобина по сравнению со значением до лечения сохраняется достаточно высоким ($147,0 \pm 2,10$ ($p < 0,05$)). Исследование толщины волос под микроскопом показало достоверное увеличение в подгруппе А основной группы на 17,2% ($p < 0,05$), в подгруппе В основной группы – на 14,5% ($p < 0,05$), в группе сравнения результат без достоверной значимости. Через 2,5 месяца у 98,6% пациентов, применяющих пантогематоген в виде маски и внутрь, отмечался усиленный рост волос. Наиболее выраженный результат от 21 до 30 мм ($25,8 \pm 1,2$) ($p < 0,05$) наблюдался в подгруппе А. У пациентов подгруппы В отмечался умеренный рост волос (от 11 до 20 мм ($15,2 \pm 0,8$) ($p < 0,05$)). В группе сравнения результат достоверно ниже.

Таблица 2

**Показатели гемоглобина до и после лечения у пациентов с
андрогенной алопецией ($M \pm m$)**

Гемоглобин (г/л)	Группы		
	Основная (n=60)		Сравнения (n=41)
	Подгруппа А (n=46)	Подгруппа В (n=45)	
До лечения	141,0 \pm 1,8	142,0 \pm 1,3	141,0 \pm 2,6
После лечения	163,0 \pm 2,1*	147,0 \pm 1,2*	146,0 \pm 2,5
Через 2,5 месяца после лечения	148,0 \pm 1,2*	142,0 \pm 1,3▲	141,0 \pm 1,8▲△

Примечание:* – различия достоверны ($p < 0,05$) по отношению к исходному уровню; ▲ – различия достоверны ($p < 0,05$) по сравнению со значением в подгруппе А основной группы через 2,5 месяца после лечения; △ – различия достоверны ($p < 0,05$) по сравнению со значением в подгруппе В основной группы через 2,5 месяца после лечения.

До лечения во всех группах среднее количество волос составило $264 \pm 18,2$ на 1 см^2 . В результате лечения в подгруппе А данный показатель вырос на 16,2% ($p < 0,5$), в подгруппе В – на 8,6% ($p < 0,5$); в группе сравнения без достоверной значимости, что свидетельствует о том, что пантогематоген не только улучшает питание волосяных луковиц, но и стимулирует спящие волосяные фолликулы.

Анализ психофизиологического тестирования по Спилбергу-Ханину до лечения показал, что у 56,5% пациентов определялся средний (от 31 до 45 баллов) уровень реактивной тревожности, у 9,8% – низкий. После лечения в подгруппе, где пациенты принимали пантогематоген как внутрь, так и в виде маски, количество лиц со средним уровнем тревожности значительно снизилось до 19,2% ($p < 0,05$), низкий уровень не определялся. Данный эффект можно объяснить антистрессовым действием пантогематогена, об этом говорят



и другие авторы [5,10]. В подгруппе В основной группы и в группе сравнения без достоверных изменений.

Выводы.

1. Включение внутреннего курсового приема пантогематогена, а также масок с пантогематогеном на волосистую часть головы в комплексное лечение пациентов с андрогенетической алопецией через 2,5 месяца достоверно уменьшает количество жалоб на состояние волос у пациентов основной группы,

2. Применение пантогематогена в комплексном лечении пациентов с андрогенной алопецией через 2,5 месяца, по данным фототрихограммы, достоверно улучшило рост волос и их количество, что подтверждается измерением длины волос и подсчетом количества волос в избранных зонах, а также косвенно подтверждается сравнительным анализом конъюнктивальной биомикроскопии щелевой лампой и исследованием количества гемоглобина в крови пациентов с андрогеной алопецией.

3. Внутренний курсовой прием пантогематогена через 2,5 месяца оказывает антистрессорное действие, достоверно уменьшая тревожность пациентов основной группы.

4. Результаты восстановительного лечения пациентов через 2,5 месяца достоверно лучше в случае сочетанного использования приема внутрь пантогематогена с маской из пантогематогена для волос.

5. Результаты лечения в основной группе достоверно превосходят по эффективности результаты в группе сравнения, что можно объяснить стимулирующим, укрепляющим, повышающим питание волосяной луковицы и улучшающим микроциркуляцию действием пантогематогена.

Список литературы:

1. Абрамович С.Г. Медико-биологическое обоснование применения физических методов лечения у больных гипертонической болезнью пожилого возраста: автореф. дис. ... д.мед.н. / Томский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии ФМБА. – Томск, 2001. – 40 с.

2. Александров В.В. Лечебно-профилактическое использование продуктов пантового оленеводства / В.В. Александров, С.И. Кудрявский – Барнаул: АзБука, 2003. – 126 с.

3. Луницын В.Г. Продукция пантового оленеводства (способы консервирования, переработка, использование): монография / В.Г. Луницын, Н.А. Фролов. – Барнаул: РАСХН. Сиб. отд-ние ВНИИПО, 2006. – 270 с.

4. Пушкин С.Ю. Экспериментальное обоснование применения пантов оленей для усиления роста и предупреждения выпадения волос // С.Ю. Пушкин. – Здоровье и красота, 2017. – Medlinks.ru

5. Разработка технологии и стандартизация препарата общетонизирующего действия на основе марала пантов измельченных / Земцова Н.П. – дисс... канд.фарм.н./ Пермь, 2019. – 171 с.



6. Суслов Н.И. Продукция на основе пантогематогена. Механизмы действия и особенности применения / Н.И. Суслов, Ю.Г. Гурьянов // Новосибирск: Сибирское университетское из-во, 2004. – 144 с.

7. Суховершин А.В., Перспективы лечебно-профилактического использования продуктов пантового оленеводства в санаторно-курортной практике // А.В. Суховершин // Курортные ведомости. – 2013. – № 3 (78). – С. 50 – 52.

8. Урюпина Е.Л. Психоэмоциональный статус у больных диффузным телогенным выпадением волос // Е.Л. Урюпина, Н.П. Малишевская. – Российский журнал кожных и венерических болезней, №5 (20), 2017 – С. 285 – 289.

9. Chung JH, Jang YS, Jang HS. Composition comprising vimentin for inhibiting hair loss or promoting hair growth // Google Patents. – 2013. <https://patentscope.wipo.int/search/en/detail.jsf?docId=WO2013151314>.

10. Jing-jie Li, Zheng Li, Li-juan Gu et al. Aqueous Extract of Red Deer Antler Promotes Hair Growth by Regulating the Hair Cycle and Cell Proliferation in Hair Follicles. Scientific World Journal. – 2014. <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/878162/>.



УДК 616.441-007.61-07:616.632:546.15]-053/2

СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Лещинский П.Т., Победенный А.А.

Государственное учреждение

«Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки»

Кафедра акушерства и гинекологии

г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. Беременность – это сложный динамический процесс, который требует пристального внимания со стороны врачей, так как может подвергаться воздействиям различных неблагоприятных факторов внешней среды. Этими факторами могут являться травмы, вредные привычки, инфекции, а также стрессы, эндокринопатии. От того, как протекает беременность, зависит не только здоровье будущего ребенка, но и самой женщины [1].

Одной из глобальных угроз здоровью человека по определению ВОЗ является ожирение (Ож) [7]. Ожирение наблюдается у 25 – 30% трудоспособного населения, в т.ч. у женщин детородного возраста. Женщины с избыточным весом и ожирением до беременности более вероятно превысят рекомендуемые нормы увеличения веса во время беременности и будут иметь больший риск осложнений беременности. Ожирение у беременных является одним из факторов риска материнских и эмбриональных осложнений. Материнские осложнения характеризуются развитием раннего токсикоза, невынашиванием беременности за счет гормональных нарушений – гиперандрогении и гиперинсулинемии, снижением иммунологической резистентности и повышением частоты инфекционных заболеваний во время беременности. Наряду с другими нарушениями, Ож является одним из проявлений сопутствующей эндокринопатии у беременных. Наиболее часто встречаемыми нарушениями со стороны эндокринной системы являются заболевания щитовидной железы (ЩЖ) [5,6]. Заболевания ЩЖ у женщин встречаются чаще, чем у мужчин. Эти заболевания имеют полиэтиологический характер, среди причин значительное влияние придается стрессовым расстройствам. Примерно у 2/3 женщин с патологией ЩЖ имеет место гипотиреоз, у 1/3 – гипертиреоз, и оба состояния имеют негативное влияние на течение беременности, родов и состояние плода [2].

Материнское Ож повышает риск развития фетоплацентарной недостаточности и гипоксии плода, пороков развития плода, макросомии. В периоде родовой деятельности последняя нередко служит причиной родового травматизма, кровотечений. В послеродовом периоде у женщин с Ож выявляются субинволюция матки, гипо- и агалактия, качественные нарушения грудного молока, присоединяется гнойно-септическая инфекция. Нарушение



функции ЩЖ во время беременности также повышают риск спонтанных выкидышей, слабости родовой деятельности, атонии матки в послеродовом периоде, уродств плода. Сочетание Ож и нарушения функции ЩЖ может усугубить течение беременности и родов, привести к повышению частоты осложнений со стороны матери и ребенка в послеродовом периоде [4]. Выявление нарушений функции ЩЖ в период беременности у женщин с Ож является важной задачей по улучшению здоровья матери и ребенка.

Цель исследования – выявить частоту встречаемости и виды нарушения функции эндокринных желез у беременных с ожирением.

Материал и методы. Исследовано 167 беременных, ставших на учет в женские консультации г. Луганска, среди них – 104 с нормальной массой тела (I группа) и у 63 было диагностировано Ож I-II степени (II группа). У всех женщин в сроке беременности до 12 нед., помимо общеклинических и лабораторных методов обследования, было проведено обследование функции ЩЖ, уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина, антитиреоидных антител, ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ и консультация эндокринолога. Критериями включения в исследование были беременность, а также беременность и ожирение I – II степени, критериями исключения – заболевания ЩЖ до беременности, соматическая патология со стороны других органов и систем, сопровождающаяся органной недостаточностью. Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью современных компьютерных программ „MicrosoftExcel” и „Statistica” для статистической обработки медицинской информации: пакет Mathcad 7 Professional.

Результаты и их обсуждение. В I группе возрастных первородящих было 11-ть (10,6%), во II группе – возрастные первородящие составляли 17,5% (11-ть женщин). Экстрагенитальная патология (анемии беременных легкой степени, вегето-сосудистая дистония, варикозное расширение вен ног) диагностировалась у 19-ти женщин I-й группы (18,3%), во II-й группе – у 16-ти беременных (25,4%).

В I группе патология ЩЖ при УЗ-исследовании была выявлена у 11-ти женщин (10,6%) и характеризовалась наличием узлов диаметром до 5 мм в правой или левой долях ЩЖ без увеличения размеров органа – у 5-ти (5%), гиперплазия ЩЖ до I степени встречалась у 9-ти пациенток (9,0%), в том числе в сочетаниях – у 3-х беременных (3%).

Во II группе диагностировались гиперплазия ЩЖ у 10-ти беременных (15,9%) что, в среднем, в 1,5 раза чаще, чем в I группе, наличие узлов в правой или левой долях органа диаметром до 5 мм – у 12-ти женщин (19,0%), в т.ч. в сочетаниях – у 6-ти пациенток (9,5%), УЗИ-признаки аутоиммунного тиреоидита наблюдались у 2-х больных (3,2%). Увеличение объема ЩЖ до 10-40% во время беременности является физиологически обоснованным [1], особенно в регионах с умеренным йодным дефицитом, однако, у пациенток с ожирением объем органа выявился увеличенным по сравнению с беременными без увеличенной массы тела, в 1,2 раза ($p < 0,05$).



Несмотря на отсутствие разницы в концентрации в крови свободного тироксина в обеих группах беременных, наблюдалась тенденция к ее уменьшению у пациенток с ожирением (табл. 1).

Таблица 1
Показатели структуры и функции щитовидной железы у беременных (M±m)

Показатель	I группа (n=104)	II группа (n=63)
Уровень ТТГ, мкМЕ/мл	2,42±0,21	3,64±0,12*
Уровень свободного тироксина, ммоль/л	12,7±0,83	11,9±0,74
Объем ЩЖ (по УЗИ), см ³	12,18±1,34	14,93±1,26*

Примечание:

* – $p < 0,05$ при сравнении показателей между группами

При нормальном уровне свободного тироксина концентрация ТТГ у пациенток во II группе была выше, чем в I группе, в 1,5 раза ($p < 0,01$). У 4-х беременных показатель ТТГ превышал верхнюю границу общепринятого референсного интервала 4 мкМЕ/мл. У этих женщин отмечались жалобы на одутловатость лица, связанную с беременностью, отеки беременных в 6-ти случаях (9,0%), а ощущение «налитости» в руках, медлительность и сонливость, быструю утомляемость ощущали 14-ть пациенток (21,9%) II группы, что было оценено как проявления субклинического гипотиреоза. Аналогичные данные были получены при изучении течения беременности у женщин Заполярья [3], однако, разницу в распространенности субклинического гипотиреоза, а также в доле женщин с гиперплазией ЩЖ, очевидно, можно объяснить различными экологическими и природными условиями, уровнем инсоляции юго-востока Донбасса и Заполярья, что привело к некоторому учащению выявленного нарушения функции ЩЖ в условиях северного района.

Уровень ТТГ выше верхней границы референсного интервала у беременных I группы не был отмечен. На данном этапе наблюдения анти тиреоидных антител у наблюдаемых пациенток обнаружено не было.

Выводы:

1. Ожирение является частым спутником возрастных первородящих.
2. Среди беременных с ожирением экстрагитальная патология встречается в 25,4% случаев.
3. В 21,9% случаев среди беременных с ожирением диагностированы признаки субклинического гипотиреоза.

Список литературы:

1. Абрамченко В.В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт [Текст] / В.В. Абрамченко, Н.П.Коваленко. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 350 с.
2. Беременность и патология щитовидной железы / Н.А. Петунина,



Л.В. Трухина, В.В. Петунина, Н.С. Мартиросян // Терапия. – 2020. – № 1 (35). – С. 96 – 102.

3. Кравченко Е.Н. Исходы беременности и родов при заболеваниях щитовидной железы у женщин, проживающих в условиях Заполярья / Е.Н. Кравченко, М.А. Коваленко, Г.Б. Безнощенко // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – № 4. – С. 444 – 483 doi.org/10.17116/brosakush201818444

4. Johns LE, Ferguson KK, McElrath TF, Mukherjee B, Seely EW, Meeker JD. Longitudinal profiles of thyroid hormone parameters in pregnancy and associations with preterm birth. PLoS One. 2017;6:12:1:e0169542. eCollection 2017 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169542>.

5. Toloza F.J.K., Singh Ospina N.M., Rodriguez-Gutierrez R. et al. Practice variation in the care of subclinical hypothyroidism during pregnancy – a national survey of physicians in the U.S. J Endocr Soc. 2019 Aug 1; 3(10): 1892 – 1906. doi: 10.1210/js.2019-00196.

6. Wang S, Teng WP, Li JX, Wang WW, Shan ZY. Effects of maternal subclinical hypothyroidism on obstetrical outcomes during early pregnancy. Journal of Endocrinological Investigation. 2012;35:3:322325.

7. World Health Organization (WHO). Obesity and Overweight. Fact Sheet No. 311, 2016. Available online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (accessed on 5 July 2017).



УДК 616.12-008.331.1:616-008.6

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Липатникова А.С., Зайченко В.Ю., Колтунова А.М.

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки»

Кафедра пропедевтики внутренней медицины
г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. Причины развития артериальной гипертензии (АГ) весьма разнообразны. В ходе нашего исследования мы изучили особенности АГ на фоне гипоталамического синдрома (ГС), который в 50 – 75% случаев сопровождается повышением артериального давления (АД) выше нормы [6].

Цель исследования. Выяснение причины повышения артериального давления (АД), изучение особенностей течения артериальной гипертензии (АГ) при гипоталамическом синдроме (ГС), а также выявление наиболее эффективных методик лечения и коррекции АГ на примере конкретного клинического случая.

Материал и методы. Патология сердечно-сосудистой системы на сегодняшний день является основной причиной смертности и инвалидности в мире. Одной из них является АГ, характеризующаяся стойким повышением цифр систолического давления более 140 мм.рт.ст. и диастолического давления более 90 мм.рт.ст. [6]. Согласно данным статистики, 30% населения земного шара отмечают у себя повышенное АД. Причины развития АГ весьма разнообразны [2]. В ходе нашего исследования мы изучили особенности АГ на фоне ГС, который в 50 – 75% случаев сопровождается повышением АД выше нормы [4].

ГС – комплекс обменных, эндокринных, вегетативных расстройств, обусловленных патологией гипоталамуса. Характеризуется гипертензией, головными болями, изменением массы тела, неустойчивостью настроения, нарушением менструального цикла, повышенным аппетитом и жаждой, усилением или снижением либидо [1].

Пациенты с течением заболевания в мягкой и средней степени и страдающие стойкой гипертензией зачастую обращаются к терапевтам или кардиологам, что не всегда приносит положительный результат в лечении [3].

За регуляцию гуморальных и нервных функций, которые обеспечивают гомеостаз, отвечает гипоталамический отдел головного мозга. Гипоталамус представляет собой высший вегетативный центр, регулирующий деятельность кровеносных сосудов и внутренних органов, обмен веществ, терморегуляцию, пищевое, половое поведение, психические функции [2].

Причинами нарушения деятельности гипоталамуса и развития гипоталамического синдрома могут быть: черепно-мозговые травмы с повреждением гипоталамуса; опухоли головного мозга, сдавливающие



гипоталамическую область; сосудистые заболевания, инсульт, остеохондроз шейного отдела позвоночника; конституциональная недостаточность гипоталамической области; психогенные факторы (стрессы, шоковые ситуации, умственные нагрузки); беременность и сопряженные с ней гормональные перестройки; хронические заболевания с вегетативными компонентами (бронхиальная астма, гипертония, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирение); вирусные и бактериальные нейроинфекции [1].

По ведущим клиническим проявлениям выделяют следующие формы гипоталамического синдрома:

- вегетативно-сосудистую;
- гипоталамическую (диэнцефальную) эпилепсию;
- нарушения терморегуляции;
- нейроэндокринные расстройства;
- расстройство мотиваций и влечений;
- нейротрофическую;
- нервно-мышечную;
- псевдоневрастеническую и психопатологическую [7].

Патология гипоталамической области часто встречается в эндокринологической, гинекологической, неврологической практике, вызывая сложности в диагностике из-за многообразия форм проявления [1]. Гипоталамический синдром чаще развивается в подростковом (13 – 15 лет) и репродуктивном (31 – 40 лет) возрасте, преобладая у лиц женского пола (12,5 – 17,5% женщин) [7].

Проблема медицинской и социальной значимости гипоталамического синдрома определяется молодым возрастом пациентов, быстро прогрессирующим течением заболевания, выраженными нейроэндокринными нарушениями, нередко сопровождающимися частичным снижением или полной утратой трудоспособности [2].

Гипоталамический синдром вызывает не только серьезные нарушения репродуктивного здоровья женщины, акушерские и перинатальные осложнения, развитие эндокринного бесплодия, но и патологии сердечно-сосудистой системы [5].

Результаты и их обсуждение. В кардиологическое отделение обратилась женщина 40 лет с жалобами на непериодические, неинтенсивные головные боли при подъеме АД выше 200/120, неосязаемый подъем АД до показателей 180/110, кратковременные колющие боли в сердце.

В анамнезе имеются сведения о впервые зарегистрированном подъеме АД в возрасте 30-ти лет (цифры до 200/100). На фоне 2-й беременности (2 недели) АД сохранялось в пределах 140 – 130/90 мм. рт. ст. После преждевременных родов (32 недели) высокие цифры АД. Был установлен диагноз гипертонической болезни II (ГЛЖ, АС) 2 ст., риск 3 с неосложненным гипертоническим кризом и назначены гипотензивные препараты. Однако эффект от приема различных



лекарственных средств (Эналаприл / Лизиноприл / Лозартан) был незначительный, в связи с чем больная и обратилась в ЛРКД.

При обследовании обращают на себя внимание ожирение II степени по мужскому типу и цифры АД 180/120 мм.рт.ст., не сопровождающиеся другими жалобами. В анализах увеличенное содержание ТТГ в крови, а также показатели индекса инсулинорезистентности (НОМА-IR) и инсулина, что дает повод задуматься о нарушениях со стороны эндокринной системы. Пациентка была направлена на консультацию к эндокринологу, который поставил диагноз «ГС средней степени тяжести».

На фоне полученных результатов анализов, заключения эндокринолога и предыдущей неэффективной терапии от «стандартных» гипотензивных средств, было принято решение применить лекарственные средства, действие которых направлено на альдостероновую систему. Так как нарушение данной системы является проявлением нейроэндокринной формы ГС, что со временем ведет к развитию вегетативно-сосудистой формы, а именно повышению АД. Препаратом выбора стал Верошпирон (Спиронолактон) в дозе 100 мг/сутки, который ингибирует действие гормона альдостерона, снижая системное АД. На фоне приема данного препарата наблюдалось заметное улучшение состояния пациентки и снижение цифр АД до нормальных значений (130/90 мм. рт. ст.).

Эти данные, а также наличие в анамнезе осложненного течения беременности и родов с возможными последующими гормональными нарушениями, позволяют утверждать наличие у пациентки вегетативно-сосудистой и нейроэндокринной форм ГС.

В дальнейшем было рекомендовано диспансерное динамическое наблюдение больной с возможно коррекцией дозы препарата и контролем электролитов крови.

Выводы. На примере данного клинического случая можно сделать вывод о том, что возможно под маской гипертонической болезни на самом деле скрывается ГС.

У больных ГС с выраженными изменениями в сторону повышения АД применять одни лишь лекарственные средства, используемые для лечения первичной гипертонии, нецелесообразно, так как они не влияют на непосредственную причину повышения АД и их действие малоэффективно и недлительно.

Следует применять комплексное лечение препаратами, включая Верошпирон, результат лечения которым представлен в клиническом случае, что подтвердило его эффективность в лечении АГ у больной ГС.

Список литературы:

1. Артымук Н.В. Современные представления о гипоталамическом синдроме / Н.В. Артымук, Г.А. Ушакова// Мать и Дитя в Кузбассе. – 2001. – №1. – С. 24 – 27.



2. Буторова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению / С.А. Буторова // Рус. мед. журнал. – 2001. – №9 (2). – С. 56 – 61.

3. Вейн А.М. Гипоталамический синдром / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская // Врач. – 2000. – № 4. – С. 12 – 14.

4. Долгих В.В. Особенности клинического течения артериальной гипертензии при гипоталамическом синдроме / В.В. Долгих, Л.В. Рычкова, Л.В. Зурбанова [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 10 – С. 492 – 494.

5. Дощицин В.Л. Артериальная гипертензия при метаболическом синдроме / В.Л. Дощицин, О.М. Драпкина // Рос. кардиолог. журн. – 2006. – №5. – С. 64 – 67.

6. Ионов М.В. Совместные клинические рекомендации ESH/ESC 2018 по диагностике и ведению пациентов с артериальной гипертензией: первый взгляд / М.В. Ионов, Н.Э. Звартау, А.О. Конради // Пресс-релиз. – 2018. – № 24 (3). – С. 351 – 358.

7. Рубченко Т.И. Функциональное состояние яичников, выбор тактики ведения больных с нейроэндокринным синдромом с нарушением репродуктивной функции: Автореф. дис. к.м.н. – М., 1988. – 24 с.



УДК 618.1-089:615.8

**РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН
ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГИНЕКОЛОГИИ:
БИОАКТИВАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ**

Лисовская Т.В.¹, Романенко Е.В.², Колтунова А.М.¹

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки»¹

Кафедра акушерства и гинекологии

Государственное учреждение «Луганский перинатальный центр»²

г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. В последние годы отмечается значительный прорыв в сфере оперативных подходов в лечении различных состояний в гинекологии. К сожалению, не все заболевания женской репродуктивной системы можно диагностировать и лечить с помощью консервативных методов [5,8]. В некоторых случаях приходится прибегать к хирургическому лечению [4,7]. Что же объединяет такие инвазивные процедуры как медицинский аборт, диагностические выскабливания полости матки и внутриматочную хирургию, операции на матке, трубах, яичниках? Это – возможные осложнения и негативные последствия для репродуктивной системы (бесплодие, воспалительные заболевания гениталий, эндокринные нарушения, спаечные процессы) [2,10]. С одной стороны, целью выполнения органосохраняющих операций является сохранение репродуктивного здоровья с обеспечением в дальнейшем возможности реализации детородной функции женщины [4,7]. С другой стороны, согласно последним научным данным, отдаленными последствиями оперативных вмешательств могут быть: изменения функции гипоталамо-гипофизарной системы, различные нарушения менструального цикла, бесплодие, воспалительные и спаечные процессы органов малого таза [1,9].

Так, анализ научных исследований о нейроэндокринных расстройствах, которые появились после перенесенной односторонней аднексэктомии, с учетом латерализации оперативного вмешательства на яичниках, показал, что через 4 – 5 лет нейроэндокринные расстройства отмечались у 33,3% оперированных женщин после левосторонней аднексэктомии, а после правосторонней – у 47,8% пациенток [4,6].

Влияние внутриматочных вмешательств на эндометрии проявляется неполной эпителизацией и воспалительными изменениями внутренней поверхности матки, что свидетельствует о резком замедлении восстановительных процессов эндометрия [9].

Выше сказанное диктует необходимость проведения реабилитационных мероприятий после оперативных вмешательств в гинекологии.



Цель исследования. Изучить эффективность биоактивационной терапии как метода реабилитации после оперативных вмешательств на матке и придатках матки.

Материал и методы. Патогенетическим требованием реабилитации после оперативных вмешательств в гинекологии, на наш взгляд, отвечает биоактивационная терапия. Методика биоактивационной терапии включает общую и местную биогальванизацию матки, придатков, шейки матки и влагалища в сочетании с биофорезом. Методика была разработана и запатентована в 1997 году профессором П.Т. Жученко, профессором В.Т. Макац, Т.В. Лисовской и на протяжении 23-х лет с успехом используется для лечения различных нозологических форм гинекологической патологии [3].

Общая биогальванизация осуществляется биотоками самого организма, фактор действия ассимилируется с общей энергетикой организма. Суть местной гальванизации состоит в том, что используются биотоки, которые возникают в организме за счет разницы потенциалов в специальных электродах, которые используются с целью биогальванизации. Это процедура применяется как стимулятор местных иммунологических реакций, а также – для улучшения микроциркуляции и обменных процессов в пораженном органе, и как метод подвода лекарственных веществ к источнику поражения [3].

Механизм действия биофореза состоит в том, что биотоки малой интенсивности раздражают интерорецепторы тканей малого таза, пораженных патологическим процессом, вследствие чего местные адаптационные реакции усиливаются до стадии активации, что повышает эффективность лечения. Кроме того, электроды, которые используются при биофорезе, обладают антибактериальным действием [3].

Проведен анализ реабилитационной терапии у 178-ми женщин после оперативных вмешательств на матке и придатках матки. Все обследованные были репродуктивного возраста. Самую распространенную возрастную группу составили женщины в возрасте 18 – 30 лет – 152 (85,4 %) пациентки, старше 30-ти лет – 26 (14,6 %).

Из них после оперативных вмешательств на придатках матки: внематочная беременность у 20-ти (11,2%), апоплексия яичников у 19-ти (10,7%), кистэктомия – у 25-ти (14,1%), спаечный процесс органов малого таза – у 18-ти (10,1%), диагностические лапароскопии – у 3-х (17,4%) пациенток.

Оперативные вмешательства на матке: искусственные аборты – у 28-ми (15,7%), диагностические выскабливания полости матки у нерожавших женщин – у 19-ти (10,7%), гистероскопии – у 18-ти (10,1%) пациенток.

Роды в анамнезе выявлены у 78-ти (43,8%) обследованных женщин.

После проведенных оперативных вмешательств воспалительные процессы женских половых органов различной локализации выявлены у 127-ми (71,3%) обследованных женщин, ановуляторные циклы – у 62-х (34,8%), недостаточность лютеиновой фазы – у 58-ми (32,6%), неполноценная секреторная фаза эндометрия – у 72-х (40,5%), первичное бесплодие – у 55-ти



(30,9%), вторичное бесплодие – у 68-ми (38,2%), тазовые боли вследствие спаечного процесса органов малого таза – у 92-х (51,7%) пациенток.

Для диагностики воспалительных процессов женских половых органов, нарушений оварио-менструального цикла использовались традиционные методы диагностики: бактериоскопия, бактериология, ПЦР, ИФА, трансвагинальное УЗИ органов малого таза, диагностическая гистероскопия и лапароскопия, определение гормонов крови.

Результаты и их обсуждение. Все пациентки получали биоактивационную терапию, продолжительность которой составила 45 – 60 минут, курс лечения – 8 – 12 сеансов. Электроды-доноры (ДЕ+), состоящие из меди и серебра в виде спиралевидных трубочек вводились в цервикальный канал, а тампоны с лечебной смесью (физиологический раствор, антибактериальные препараты при воспалительных процессах согласно чувствительности микробного фактора, лидаза 64 ЕД, димексид) – во влагалище. Электрод-акцептор (АЕ-), также состоящий из меди и серебра, через марлевую прокладку располагался в положенной области согласно сегментарной иннервации дерматомеров мочеполовой системы. Электроды соединялись, и в созданной цепи возникал биоэлектрический ток от 5 до 40 – 50 мкА [3].

Результаты проведенной реабилитационной терапии оказались следующими: воспалительный процесс купирован у 82,7%, двухфазный менструальный цикл (при ановуляции) восстановлен у 37,2%, полноценная секреторная фаза эндометрия (при недостаточности лютеиновой фазы) восстановлена у 45,3 % пациенток. Беременность наступила у 31,9 % пациенток с первичным бесплодием и у 29,8 % пациенток – со вторичным бесплодием. Тазовые боли как следствие спаечного процесса органов малого таза купированы у 64,5 % пациенток.

Выводы. Результаты проведенных исследований позволяют прийти к следующим выводам:

1) Биоактивационная терапия за счет физиотерапевтического и медикаментозного эффектов является высокоэффективной и может применяться с целью реабилитации после оперативного лечения в гинекологии.

2) Реабилитация пациенток после проведенного лечения гинекологических заболеваний крайне необходима и позволяет не только сохранить, но и улучшить репродуктивное здоровье и качество жизни пациенток.

Список литературы:

1. Демина Т.Н., Гошкодера И.Ю. Недостаточность лютеиновой фазы: новые подходы к решению старых проблем // Здоровье женщины. – 2004. – № 4 (20). – С. 21 – 27.
2. Елифанов В.А., Корчижкина Н.Б. Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии // М.: ГЭОТАР -Медиа, 2019. – 504 с.



3. Жученко П.Т., Лісовська Т.В. Біогальванізація, біоенергодіагностика, біоактиваційна та антибактеріальна терапія у вирішенні проблеми запальних захворювань в гінекології // Вінниця: Універсум, 1998 – 122 с.

4. Іванюта Л.І. Принципи діагностики та лікування неплідності у жінок // Вісник Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2008. – №6. – С. 121 – 127.

5. Савельева Г.М. Гинекология: национальное руководство: краткое издание/ под ред. Г.М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И.Б. Манухина// М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019 – 704 с.

6. Dayan I. Pelvic inflammatoire disease // Aust. Fam. Physician. – 2003. – Vol. 32. – №5. – P. 305 – 309.

7. Lobo R.A., Carmina E. The impotance of diagnosing the polycystic ovary syndrome // Ann. Intern. Med. – 2000. – Vol. 20. – №12. – P. 489 – 493.

8. Ross I.D. Pelvic inflammatory disease // Clin. Evid. – 2003. – Vol. 10. – P. 1871 – 1877.

9. Solomonsev L.A. Hormonal activity in the endometrium: tissue remodeling and uterine bliding // Progress in the menegement (ad. By Barry G. Wren). – New York: Pathenon Publishing, 1997. – 508 p.

10. Ven S.S.C., Jatte R.B., Barbiery R.L. Reproductive Endocrinology // Philadelphia – Tokyo: W. B. Saunders Company. – 1999. – P. 823.



УДК 616.892.3: 616.899-053.9

ПРОБЛЕМА КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СИНДРОМА ДЕМЕНЦИИ

Литвинцев С.В., Кислякова Ю.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»
Кафедра социальной психиатрии и психологии
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность темы. Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) включает деменцию в число приоритетных направлений в области общественного здравоохранения. Ежегодное увеличение количества больных деменцией, значительное инвалидизирующее воздействие патологии, выраженная нагрузка на близких больного, весомое личное и общественное финансовое бремя, отсутствие специфической терапии деменции – все это требует совершенствования диагностических и экспертно-реабилитационных подходов в работе с данной группой пациентов [1].

Постановка четкого биопсихосоциального (функционального) диагноза [2,7], лежащего в основе интегративного подхода к пациентам, способствует обозначению мишеней реабилитационной работы и помогает сформировать возможный прогноз течения патологии. Особо актуальным представляется формирование такого диагностического подхода в отношении больных с синдромом деменции на раннем этапе в силу высокой социальной значимости данной патологии в современном обществе при её пока что фармакологической малокурабельности.

Установление своевременного, верифицированного, не вызывающего споров диагноза, должно базироваться на едином понятийном аппарате специалистов, поскольку, как справедливо указывает В.И. Крылов (2011), «терминологическая неопределенность дезориентирует практических врачей в вопросах диагностики и лечения» [3].

Проблема деменции многоаспектная, ею в современном научном мире, помимо социологов и психологов, занимаются одновременно и множество исследователей, представляющих разделы клинической медицины: психиатрия, неврология, геронтология. Свой вклад в исследование вносят и сравнительно «новые» нейронауки (нейробиология, нейропсихология, психофизиология, нейрогенетика и др.). При наличии немалого количества «плюсов» такая междисциплинарность не всегда идет на пользу решению вопросов указанной проблемы. Объясняется это тем, что понятийный аппарат и алгоритм построения диагностического процесса у каждой специальности имеют свои особенности. Всё это создаёт терминологическую путаницу, непонимание представителями разных специальностей друг друга, затрудняя порой раннюю диагностику



синдрома деменции, комплексную разработку лечебно-реабилитационных мероприятий и решение целого ряда экспертных вопросов, имеющих важную социальную и юридическую направленность (медико-социальная и судебно-психиатрическая экспертизы).

Цель исследования. Обосновать необходимость прицельного исследования дифференциально-диагностических границ синдрома деменции и экспертной оценки её клинических проявлений.

Материал и методы. Для достижения цели исследования изучены, проанализированы и сопоставлены данные специальной литературы по проблемам деменции: научных публикаций, учебных и учебно-методических пособий, включая руководства, нормативных документов.

Результаты и их обсуждение. Ежегодно мировая статистика отмечает рост числа больных деменцией. По оценкам ВОЗ, каждые 20 лет количество этих пациентов будет удваиваться [1]. Оказание им как лечебно-реабилитационной, так и социальной помощи ограничено ввиду диагностики деменции зачастую на поздних этапах. К тому же, если лечебной практикой и построением диагностических схем занимаются ещё и неврологи, то решение экспертных вопросов остаётся прерогативой исключительно психиатров, клиническое мышление которых акцентировано на поиск и анализ психопатологических феноменов, а не на исследование, как у неврологов, субстрата органического поражения головного мозга. Следствием этого разночтения является отсутствие унифицированно понимаемых диагностических границ, равно как и отсутствие единого подхода к определению степени тяжести и стойкости синдрома деменции. Причём, психологическое исследование, являясь лишь дополнительным диагностическим инструментом, не способно всесторонне оценить картину личностного дефекта при данном расстройстве.

Терминологические определения деменции, представленные в Национальных руководствах по неврологии [6] и по психиатрии [9], существенно разнятся. Так, из Национального руководства по неврологии следует, что деменция представляет собой «...приобретенные *устойчивые* полифункциональные *когнитивные нарушения* (ухудшение памяти, внимания, праксиса, гнозиса, речи, абстрагирования, способности к планированию и контролю поведения и др.), которые выражены в *значительной* степени...». Вместе с тем, Национальное руководство по психиатрии обозначает деменцию как «*синдром* приобретенного и, как правило, прогрессирующего *снижения интеллекта*, приводящего к нарушению профессионального, социального и/или повседневного функционирования пациента».

Таким образом, неврологи определяют деменцию как стойкие («устойчивые») значительно выраженные («выражены в значительной степени») когнитивные нарушения. На стойкость деменции указывает и описание её в Классе V МКБ – 10, выделяя данный критерий одним из обязательных при установлении диагноза. И вместе с тем, оба Национальные руководства классифицируют деменцию по принципу обратимости и необратимости, в



противоречие утверждению о стойкости патологии в её определении. Указание на значительную степень выраженности когнитивных нарушений никак не увязывается с дальнейшим разделением деменции на легкую, умеренную и тяжелую [6].

В определении психиатров [9] деменция обозначается как синдром, и упор делается на нарушение именно интеллекта (вероятно, в широком его понимании как систему познавательных функций), которое приводит к дезадаптации в разных сферах жизнедеятельности. Одновременно с этим, в Национальном руководстве по психиатрии с опорой на МКБ – 10 ведется речь о множественном нарушении когнитивных функций, а не только интеллекта, как ключевом критерии деменции. Синдром требует обозначения его динамики (синдромакинеза), что могло бы быть важной составляющей оценки лечебно-реабилитационных мероприятий и экспертной работы с пациентами [10].

В Национальном руководстве по психиатрии в разделе общей психопатологии синдром деменции не выделяется вовсе и соответственно не описывается его динамика. О нем лишь упоминается в главе «Энцефалопатический синдром» (причём, как синоним психоорганического синдрома), отсюда слабоумие практически приравнивается к некоторым вариантам психоорганического синдрома (далее – ПОС), что, по нашему мнению, представляет дискутабельное суждение. Здесь же указывается на возможный дифференциально-диагностический признак – обратимость ПОС и необратимость слабоумия, но каких-либо дополнительных дифференциально-диагностических параметров не приводится. Утверждение о необратимости слабоумия снова вступает в противоречие с приводимым постулатом разделения деменции на обратимую и необратимую. Неоднократное упоминание об искажениях в понятийном аппарате относительно обратимости и необратимости деменции можно встретить и в другой литературе [7,8].

Если психиатры обозначают деменцию как синдром, то остается не до конца понятным, какова позиция неврологов относительно патологии: это синоним совокупности когнитивных нарушений (по Национальному руководству), все же синдром (по О.С. Левину [4] и др.) или некое сборное нозологическое понятие [7,8].

Тем не менее, во всех проанализированных нами литературных источниках отмечается, что деменция сопровождается возникновением психопатологической симптоматики [1 – 10], которую необходимо оценивать. О.С. Левин [4] с позиций неврологов считает необходимым исследовать, в первую очередь, когнитивные функции посредством опросников и шкал, которые всё же являются инструментом клинических психологов. Затем предлагает перейти к синдромальному дифференциальному диагнозу с другими психопатологическими синдромами, что, как нам кажется, с правовой и компетентностной стороны является прерогативой только психиатров [8]. И завершить диагностический процесс автор полагает нозологической



диагностикой, где впервые появляется упоминание о применении клинко-неврологического метода исследования.

Психиатры в процессе диагностики, учитывая критерии МКБ – 10, пользуются клинко-психопатологическим методом исследования, который как раз направлен на выявление собственно синдрома и его динамики. При этом, к диагностической работе привлекаются как клинические психологи с их психометрическими шкалами, так и неврологи для оценки неврологического статуса пациента.

Часто деменция начинается не с когнитивного снижения, а с нарушений в аффективной сфере [4,6,9,10], клиническая оценка которых входит в сферу компетенций психиатров. Следовательно, при исследовании состояния пациента исключительно с помощью нейропсихологических когнитивных шкал возникает риск запаздывания выявления патологии на начальных этапах ее развития. Такой подход к диагностике ограничивает оценку полноты психопатологических проявлений и синдромокинеза деменции, а значит, может отрицательно влиять на проведение лечебно-реабилитационных мероприятий и решение ряда экспертных вопросов.

Проведение медико-социальной экспертизы больным деменцией усложнили появившиеся изменения в нормативно-правовом регулировании. Согласно Приказу Минтруда России №585н от 27.08.2019 г. (далее – Приказ №585н), с его принятием экспертам необходимо клинически разграничивать степени выраженности синдрома деменции, начиная от 10% (легкая степень). В соответствии с действовавшим раньше Приказом №1024н от 17.12.2015, наличие в структуре диагноза синдрома деменции указывало на стойкое нарушение психических функций от 70% (выраженная степень) и выше.

Кроме того, нельзя не учесть, что в клинической практике психиатров на современном этапе не существует четких критериев для разделения синдрома деменции по отдельным степеням выраженности [9], а попытки неврологов выделить её стадии [6] сопровождается противоречиями: и внутренними, и внешними (с Приказом №585н).

В Национальном руководстве по неврологии одним из критериев «легкой деменции», наряду с другими, выделяется «отсутствие необходимости в помощи других», а на стадии «умеренной деменции» появляется нуждаемость сначала в периодической, а затем и в постоянной помощи. Вместе с тем, уже при «легкой деменции» отмечается возможная дезориентация вне собственной квартиры и трудности при выполнении отдельных видов сложной деятельности, что, логично предположить, все-таки требует помощи других лиц. Это подтверждается словами О.С. Левина [4] о том, что деменция в обязательном порядке должна сопровождаться нарушением независимости больного человека.

Согласно Приказу №585н, легкая и умеренная степени выраженности любого синдрома не должны приводить к нуждаемости освидетельствуемого лица в посторонней помощи, даже в эпизодической. А необходимость в



регулярной помощи других лиц возникает только в случае выраженного нарушения психических функций.

Имеют место и другие разночтения. В Национальном руководстве по неврологии есть указание на только *затруднения* в работе при «легкой деменции», но О.С. Левин [4] отмечает *утрату трудоспособности* у лиц, страдающих «легкой деменцией». В медико-социальной экспертизе нарушение психических функций, сопровождающееся полной утратой трудоспособности, соответствует значительно выраженной степени нарушений. Такие положения подтверждают наличие многих противоречий между позициями и взглядами неврологов относительно деменции и требованиями, заложенными в Приказе №585н.

Существует и ещё одно обстоятельство, указывающее на актуальность проблемы деменции. В последние годы в гражданском судопроизводстве значительно увеличилось количество дел по определению сделкоспособности/несделкоспособности лиц пожилого возраста, страдающих деменцией [5], предполагающим медицинскую доказательность выносимых экспертных решений, чего достичь пока зачастую не удаётся. Вместе с тем, на необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы указывает упоминание в Национальном руководстве по неврологии, отмечая затруднения при выполнении имущественно-финансовых сделок больными уже даже при наличии «легкой деменции».

Нельзя не отметить, что «Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 г.» одной из приоритетных выделяет задачу разработки критериев ограниченной дееспособности пациента с деменцией для принятия финансовых и правовых решений, трудно выполнимую, по нашему мнению, при сегодняшнем уровне знаний данной патологии и порой полярно противоположных взглядов на отдельные её аспекты у разных специалистов.

Таким образом, изложенное нами свидетельствует о нерешённости многих аспектов синдрома деменции, повлекшей путаницу в диагностических подходах, негативно сказывающихся при решении, прежде всего, экспертных вопросов. Пока что медико-социальные эксперты не могут опираться на существующую неврологическую классификацию деменции по степеням выраженности, но на данном этапе и в психиатрии такового разграничения практически нет. Примерно те же проблемы существуют и в судебно-психиатрической экспертизе, где также требуется уточнение клинко-экспертных границ синдрома деменции и на этом основании выносить экспертные решения, обоснованно решающие вопросы частичной и полной дееспособности лиц, страдающих деменцией.

Выводы.

1. Проблема деменции является одной из ведущих в области охраны здоровья населения за счет высокой социальной значимости данной патологии.



2. Существующие расхождения в методологии постановки диагноза, различные подходы к пониманию деменции требуют изучения и уточнения её критериев: клинических (дифференциальная диагностика с другими патологиями, внутренняя психопатологическая структура и динамика синдрома деменции) и экспертных (исследование необходимости разделения синдрома деменции по степеням выраженности и доказательного клинического наполнения каждой степени выраженности в случае их обозначения).

Список литературы:

1. Деменция: приоритет общественного здравоохранения / Международная организация по проблемам болезни Альцгеймера, Всемирная организация здравоохранения. – Geneva: Всемирная организация здравоохранения, 2013. – VII. – 101 с.
2. Коцюбинский А.П. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Б.Г. Бутома, Ю.В. Мельникова, А.Н. Еричев, Р.Г. Саврасов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – №4. – С. 45 – 50.
3. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза) / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – № 4. – С. 9 – 13.
4. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции / О.С. Левин. – 9-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 192 с.
5. Макушкин Е.В. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (часть II) / Е.В. Макушкин, Л.Е. Пищикова // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 1. – С. 4 – 13.
6. Неврология: национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 880 с.
7. Носачев Г.Н. «Омуты» деменции в современных клинических нейронауках // Психиатрия 2020: омуты и мели специальности: материалы Российской научной конференции с международным участием, Ростов-на-Дону, 26 сентября 2020 г. / рец. Ретюнский К.Ю. – Ростов-на-Дону: РА Экспо-Медиа, 2020. – С. 152 – 155.
8. Носачев Г.Н. Этическая и правовая ответственность за диагностику синдрома деменции / Г.Н. Носачев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 5. – С. 114 – 117.
9. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1008 с.
10. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии в 2 томах. Т.1 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 712 с.



УДК 617.576-007.17-053.1:616.711-036.1-001-089.84

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ТАЗА ТИПА В, ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ.

Лобанов Г.В., Боровой И.С.

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Кафедра травматологии, ортопедии и ХЭС
г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. Нестабильные повреждения таза относятся к инвалидизирующим травмам опорно-двигательного аппарата, при которых нарушение опорной функции (передача нагрузки туловища на нижние конечности) обуславливает выход на первичную инвалидность до 25 – 30% [1,4]. Причинами, обуславливающими стойкую утрату трудоспособности, являются, прежде всего, тяжёлые функциональные расстройства, которые, в большинстве случаев, являются следствием недостаточно дифференцированных подходов к методам лечения и реабилитации.

Медицинская реабилитация складывается из ряда мероприятий, задача которых: 1) не допустить потери стереотипа ходьбы больным во время его пребывания в стационаре; 2) ускорить процесс регенерации путём психологических и физических воздействий; 3) ускорить выработку процессов компенсации; 4) управлять процессом адаптации при необратимых изменениях [2]. Внедрение современных методов лечения повреждений таза требует разработки новых подходов к медицинской реабилитации. По данным германского общества медицины катастроф, повреждения таза, как все тяжёлые травмы, сопровождаются посттравматическим эмоционально-стрессовым синдромом, поэтому реабилитация этих пациентов должна начинаться с момента оказания первой медицинской помощи. Помимо первых противошоковых мероприятий, персонал, оказывающий первую экстренную помощь, должен в эти минуты поддержать психическое и физическое состояние, обеспечить контакт, чувство защищённости, проявить заботливость, сочувствие и отнестись с пониманием к взрыву чувств, быть выразителем доверия и надёжности, утешить и подбодрить пострадавшего. В специализированном отделении больному продолжают проводить противошоковые мероприятия, одной из составляющих которых является адекватная стабилизация повреждений таза.

Материал и методы. Выполнен анализ результатов лечения 62-х человек, находившихся в Республиканском травматологическом центре Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» (РТЦ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО) с 2015-го по 2020-й годы с условно-стабильными повреждениями тазового кольца типа В (повреждения переднего



полукольца с разрывами крестцово-подвздошных сочленений), которые традиционно лечатся консервативно. Для этого на 14-е сутки после травмы проанализировали данные электромиографического исследования мышц нижних конечностей.

Мужчин было 44-е (71%), женщин – 18-ть (29%), средний возраст которых составил $38 \pm 16,5$ лет. По механизму травмы превалировала автодорожная у 38-ми (61,2%) больных, производственная (шахтная) – у 12-ти (19,35%), падение с высоты – у 8-ми (13%), родовая травма у 4-х (6,45%) женщин. 32-м (51,6%) больным проводилась оперативное лечение методом внешней фиксации, 30-ти (48,4%) пострадавших лечились консервативно (укладка, скелетное вытяжение, гамак), что послужило основанием разделения всех пациентов на две группы – основную и контрольную соответственно.

Всем больным с первых дней после травмы (подготовительный период (адаптационный) – со 2 – 3 дня травмы до начала костыльного режима) проводился реабилитационный комплекс, задачей которого мы считаем подготовку мышц и ранняя адаптация больного к нарушениям опорно-двигательного аппарата (ОДА), связанных с травмой. У пациентов основной группы мы выделили два подпериода: дооперационный и ранний послеоперационный этапы.

I. ДООПЕРАЦИОННЫЙ (с момента стабилизации состояния до момента операции). Длительность дооперационного периода мы старались максимально сокращать, что позволяло пострадавшему не потерять стереотипа ходьбы и вертикального положения. При невозможности проведения наркоза в первые сутки с момента травмы после стабилизации состояния предлагаем проводить дооперационный период реабилитации (около 10 – 12 суток). В этот период (фаза реакции: начало от осознания пострадавшего реальной ситуации, и может продолжаться от 1-й до 6-ти нед.) от медперсонала требовалось душевное проникновение в состояние пострадавшего, отвлекать его внимание от негативных аспектов травмы. Посредством индивидуально подобранной терапии и реабилитации старались добиться у пострадавшего такого состояния, чтобы он адекватно адаптировался и приспособился к последствиям травмы.

Цель дооперационного периода: подготовка мышечного корсета и ранняя психологическая и физическая адаптация больного к нарушениям опорно-двигательного аппарата (ОДА), связанным с травмой. В этом периоде назначаются мероприятия, направленные на профилактику осложнений, связанных с вынужденной гиподинамией. Из физических упражнений – изометрические сокращения мышц тазового пояса и нижних конечностей, передней брюшной стенки; пассивные, пассивно-активные, активные движения в суставах нижних конечностей.

II. РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ. Начинается на следующие сутки после операции; назначаем комплекс упражнений, задачами которого является подготовка больного к ходьбе на костылях. С целью укрепления мышц тазового пояса и нижних конечностей назначаются изотонические сокращения мышц,



подъёмы таза над кроватью. С целью укрепления мышц плечевого пояса и верхних конечностей назначали подтягивания на балканской раме, перекачивания на локтях.

В контрольной группе (30 больных) назначали комплекс упражнений аналогичный комплексу для дооперационного периода основной группы. Показателем того, что больного можно поднимать на костыли, считали исчезновение симптома Гориневской на стороне поражения.

При выполнении физиопроцедур соблюдался принцип адекватности физиотерапевтических воздействий, который заключается в том, что время, методика применения и основные дозиметрические параметры используемого фактора должны соответствовать характеру, остроте и фазе патологического процесса [2]. Это требует постоянной коррекции применяемых физических факторов в течение всего периода лечения больного. Такое варьирование способствует уменьшению адаптации организма к воздействию физических факторов, что существенно повышает их клиническую эффективность. В дни после операции для купирования боли назначали диадинамические токи, холодовой фактор, средневолновое облучение. В последующие дни магнитотерапия, УВЧ, СВЧ – терапия, массаж. При пролонгации болевого синдрома электрофорез анальгетиков, гальванизация. С миотонической целью назначали ДДТ, электростимуляцию.

Длительность 1-го периода в основной группе пострадавших составил в среднем: дооперационный этап – 5 суток, послеоперационный этап – 6 суток, что определялось соматической патологией и наличием черепно-мозговой травмы (ЧМТ); в контрольной группе – 45 суток, что определялось клиническими, рентгенологическими признаками консолидации переломов и повреждений связочного аппарата тазового кольца.

С целью оценки функционального состояния мышечной системы всем больным на 14-е сутки производили электромиографию четырёхглавой мышцы бедра, икроножной мышцы, для чего использовали четырехканальный электромиограф фирмы «Медикор» (Венгрия). По всем параметрам рассчитывался коэффициент асимметрии показателей [3]:

$$K_a = \frac{M_1 - M_2}{M_2} \times 100\%$$

Где: M1 – средние данные на менее заинтересованной стороне

M2 – средние данные на более заинтересованной стороне

Ka – коэффициент асимметрии показателей.

Индекс достоверности рассчитывали по формуле Д. Септлиева [5].

Результаты и их обсуждение. В настоящее время консервативные методы лечения костей таза применяются, в основном, в центральной районной больнице (ЦРБ), вследствие недостатка оборудования и квалификации для стабильно-функционального остеосинтеза повреждений таза. Использование консервативного метода лечения целесообразно при изолированных переломах, переломах тазового кольца без нарушения целостности, что позволяет нам



поднимать больного на костыли, без нагрузки на конечность на стороне повреждения через 8 – 10 суток (по купировании болевого синдрома). Использование открытой репозиции с внутренним остеосинтезом позволяет добиться хороших анатомических результатов, однако, в подавляющем большинстве случаев возможность выполнить ее не предоставляется ранее 10 – 14 дней. Длительность послеоперационного периода при открытом остеосинтезе – 3 – 4 недели. Всё это значительно пролонгирует первый период реабилитации, длительность стационарного лечения, как, следствие, негативно отражается на отдалённых функциональных результатах. Метод внешнего остеосинтеза, разработанный на кафедре травматологии в ДонНМУ, позволяет не только малотравматично, за короткое время произвести фиксацию повреждений таза, но по стабилизации состояния дозировано выполнить репозицию фрагментов, активизировать больного. Следовательно, показатели мышечного тонуса являются наиболее четким критерием восстановления статодинамической функции.

Анализ данных электромиографии (ЭМГ) у больных в раннем периоде, лечившихся консервативно (контрольная группа), показал резкое снижение биоэлектрической активности (БА) четырёхглавой мышцы бедра на стороне поражения. В среднем БА составила $20 \pm 13,7$ mV. На интактной конечности БА была выше, в среднем, $45 \pm 12,7$ mV ($t=2,8$, $p=3$). Коэффициент асимметрии (Ка) этих показателей равен $51 \pm 8,8\%$, что почти вдвое превышает физиологическую норму ($N=25\%$). БА икроножной мышцы также снижена на пораженной стороне и составляет, в среднем, $35 \pm 11,2$ mV. На интактной конечности – $50 \pm 11,2$ mV ($t=2,8$, $p=2$). Ка этих показателей равен $39 \pm 5,8\%$.

Электромиография у больных, лечившихся методом внешней фиксации (основная группа), также выявлено снижение БА четырёхглавой мышцы бедра на стороне поражения ($45 \pm 8,2$ mV). На интактной конечности БА была выше, в среднем $65 \pm 6,4$ mV ($t=2,8$, $p=2$). При Ка этих показателей $38 \pm 8,4\%$. Показатели БА икроножной мышцы на пораженной стороне составила в среднем $40 \pm 9,2$ mV. На интактной конечности $60 \pm 12,2$ mV ($t=2,65$, $p=3$). Ка этих показателей равен $33 \pm 5,4\%$.

Проведенное исследование показывает, что мышечный тонус значительно быстрее восстанавливается при использовании стабильного малоинвазивного синтеза костей таза аппаратом внешней фиксации за счёт возможности перехода от статических к динамическим нагрузкам. Адекватная работа мышц улучшает процессы регенерации. Возможность ранней активизации больного позволяет избегать грозных осложнений, связанных с гиподинамией, значительно оптимизировать психо-эмоциональное состояние больных.

Восстановительное лечение больных с повреждениями таза при использовании метода внешней фиксации имеет свои особенности и зависит от тяжести травмы, соматических нарушений, психо-эмоционального статуса, причём, последнее чрезвычайно важно. Необходимо стимулировать усиление саногенетических процессов, представляющих собой проявление саморегуляции



и самоисцеления. Развитие принципов стабильно-функционального остеосинтеза, психологической реабилитации, физиофункционального лечения позволило значительно изменить медицинский этап реабилитации.

Выводы. Внешняя фиксации костей таза в сочетании с комплексом восстановительных мероприятий, в отличие от консервативного лечения, позволяет в четыре раза сократить длительность подготовительного периода реабилитации, значительно улучшить по данным электромиографического исследования состояние опорно-двигательного аппарата.

Список литературы:

1. Бабоша В.А., Климовицкий В.Г., Пастернак В.Н., Лобанов Г.В. и др. – Травма таза. Клиника, диагностика и лечение. – Донецк. – 2001. – 176 с.
2. Сокрут В.Н., Казаков В.Н., Синяченко О.В. и др. Медицинская реабилитация в артрологии. – Донецк. – 2000. – 377 с.
3. Гехт Б.М. Теоретическая и клиническая электромиография. — Л.: Наука, 1990. – 229 с.
4. Лобанов Г.В. Внеочаговый остеосинтез нестабильных повреждений таза (анатомическое, биомеханическое и клиническое обоснование) // Дисс. д-ра мед. наук. – Донецк, 2000. – 229 с.
5. Сидняев Н.И. Теория вероятностей и математическая статистика. Учебник для академического бакалавриата. – М.: Юрайт, 2019. – 220 с.



УДК: 613.72:615.81/.82:796] – 053.6

ОБОСНОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ИНТЕГРАЦИИ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОЦЕСС ПОДГОТОВКИ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛИЗАЦИЙ

Люгайло С.С.

Донецкий Республиканский врачебно-физкультурный диспансер,
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный университет»
Государственная образовательная организация
«Институт физической культуры и спорта»
Кафедра адаптивной физической культуры
г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. Приоритет здоровьесберегающего направления процесса многолетней подготовки спортсменов различных специализаций, как основы для повышения его эффективности, определен научными исследованиями последних лет [1,3,9]. В этом направлении специалистами различных сфер спорта, которые заинтересованы в улучшении результатов соревновательной деятельности спортсменов без угрозы для их соматического здоровья, проделана существенная работа. При этом, отмечено явное смещение акцентов в процессах профилактики и реабилитации заболеваний (травм) спортсменов в область использования физических средств и методов [2,4,6]. Что закономерно, так как именно средства и методы физической реабилитации (ФР) являются финансово доступными, этиологически обоснованными и разрешенными альтернативными средствами медикаментозной коррекции патологических отклонений в состоянии здоровья спортсменов и их последствий [2 – 4, 6 – 10].

До недавнего времени в системе спортивной профилактики и реабилитации внимание специалистов по ФР было обращено к спорту высших достижений [4,9]. В настоящий момент, по ряду объективных причин, перспективы исследований связаны с охраной здоровья спортсменов, его ближайшего и отдаленного резервов [2,6,8]. К группе *причин общего характера* специалисты относят ряд социальных факторов [5], совокупность которых лежит в основе уменьшения общего количества здоровых детей, способных тренироваться, выдерживая значительные физические нагрузки, и добиваться высоких спортивных результатов [1,3,8]. Причины *частного характера* (экзогенные и эндогенные факторы) в процессе профессионального становления юных спортсменов суммарно воздействуют на организм, что проявляется в ряде негативных тенденций: высокий удельный вес отклонений в деятельности соматических систем организма и их прогрессивный рост от одного тренировочного этапа к последующим и т.п. [2,3,9]. При этом, научно доказано,



что именно факторы спортивной специализации являются некорректируемой детерминантой развития и дальнейшего прогрессирования дисфункций соматических систем организма у юных спортсменов на этапах овладения спецификой избранной дисциплины (вида) спорта и ее совершенствования [7 – 10]. Среди факторов спортивной специализации выделяют: ранний селективный отбор и специализацию; биомеханические особенности тренировочной деятельности; высокая техническая сложность и многократное повторение двигательных актов (сложнокоординационные виды спорта); продолжительная мышечная работа в вынужденном положении тела (единоборства и циклические виды спорта); высоко динамические упражнения разнонаправленного характера и их чередование в программе подготовки без должного уровня восстановительных мер (многоборье и спортивные игры); чрезмерные тренировочные нагрузки статического характера, используемые в период активного роста юных спортсменов (скоростно-силовые виды); перенос методик подготовки взрослых спортсменов в практику детско-юношеского спорта и пр. [1,3,9]. Очевидно: продолжительность и интенсивность воздействия на организм спортсменов резервов совокупности факторов спортивной специализации увеличивается прямо пропорционально этапам их профессионального становления [2,9]. Это требует рациональной коррекции тренировочной деятельности юных атлетов путем превентивного использования в процессе их подготовки, обоснованных средств и методов ФР, что реально при учете негативных тенденций в состоянии соматического здоровья спортсменов каждой из групп видов спорта [8,9]. В связи с изложенным, практическую ценность имеет механизм обоснования рациональной интеграции комплексных средств и методов ФР в программу подготовки спортсмена определенной специализации и квалификации, на правах ее равноправного структурного компонента, что определило цель исследования.

Цель исследования. Основываясь на данных эпидемиологических исследований о распространенности дисфункций в деятельности соматических систем у юных спортсменов различных групп видов спорта обосновать алгоритм их отбора для участия в процессе ФР и определить место указанных средств в программе спортивной подготовки с учетом гендерных и возрастных особенностей занимающихся.

Материал и методы. Эмпирические: метод сравнения и сопоставления; социологические методы (экспертиза качества оказания медицинской помощи); методы врачебного контроля функционального состояния спортсменов (этапного, текущего, оперативного); методы экспресс-оценки уровня физического здоровья, функционального состояния и резервных возможностей организма юных спортсменов, функции внешнего дыхания; статистические методы.

Результаты и их обсуждение. Реализация процесса ФР в практике многолетней спортивной подготовки всегда строго индивидуальна. Его стратегия обосновывается с учетом анатомо-физиологических особенностей и



профессиональных характеристик юного спортсмена. Однако, алгоритм формирования его модели в тренировочной практике всегда является практически однотипным (унифицированным), так как проистекает из базовых принципов реализации реабилитационных воздействий: изучение сути (этиологии и патогенеза), формы и стадии дисфункции в деятельности соматических систем организма; исследования степени отклонения критерия функций, которые составляют интегральный показатель соматического здоровья спортсмена; выработки стратегии процесса ФР и тактики (механизма) его интеграции в программу этапа спортивной подготовки; прогнозирования результата реабилитации [9]. Обобщение базовых принципов, позволило обосновать и методически скоординировать динамическую реализацию процесса ФР в практике подготовки юных спортсменов с предвестниками дисфункций в деятельности соматических систем, то есть предложить унифицированную схему обоснования стратегии и практической реализации тактики по превентивному направлению процесса ФР (для спортсменов «группы риска» (ГР)). Результатом стратегии превентивной реабилитации являлась специализированная программа ФР (ее структура и направленность собственных компонентов). Стратегия превентивных воздействий ориентирована на функциональную реабилитацию и зависит от этапа многолетней подготовки спортсмена. Отбор спортсменов различных специализаций для участия в программах ФР стал возможным при учете и прогнозе вероятности развития дисфункций в той или иной соматической системе организма [10]. Каждому параметру присваивалась балльная оценка, в зависимости от количества набранных спортсменом баллов, разрабатывалась стратегия процесса ФР и осуществлялся их отбор для включения в реабилитационный процесс (табл. 1) [10].

Таблица 1

Алгоритм отбора спортсменов различных специализации для участия в программах физической реабилитации превентивной направленности

Пол	Мальчики			Девочки		
	++			+		
Возраст	8 – 11	12 – 14	15 – 17	8 – 11	12 – 14	15 – 17
	+	+++	++++	+	++	++
Этап подготовки	Первый	Второй	Третий	Четвертый	Пятый	
	+	++	+++	++++	+++++	
Специализация	Скоростно-силовые	Многоборье	Циклические	Сложно-координационные	Единоборства	Спортивные игры
	+	+	++	+++	++++	++++

В процесс превентивной ФР включались представители мужского пола, которые набрали 8 баллов, женского – 7 баллов. Стратегия превентивной ФР для



спортсменов каждой из групп видов спорта, обосновывалась с учетом негативного влияния факторов специальной подготовки на функцию систем организма, которые являются слабым звеном процесса адаптации: спортивные игры и единоборства – пищеварительная и респираторная системы; сложно-координационные виды – репродуктивная и пищеварительная; циклические виды – мочевыделительная и репродуктивная; скоростно-силовые виды – респираторная, мочевыделительная и пищеварительная системы; многоборье и комбинированные виды – мочевыделительная система. Для спортсменов всех специализаций приоритет – профилактика дисфункций сердечнососудистой системы (ССС) [9,10].

Механизм интеграции комплексных средств и методов ФР в программе подготовки (место в тренировочном процессе и цель применения (коррекционная, развивающая)), базировался на данных о негативных эндогенных тенденциях в состоянии здоровья обследованных спортсменов (количественная характеристика критерия функции интегральными показателями соматического здоровья; степень влияния изучаемого параметра на величину интегрального показателя соматического здоровья) (табл. 2) [10].

Таблица 2

Принцип обоснования направленности и формы интеграции структурных компонентов программы превентивной физической реабилитации в программу подготовки юных спортсменов

Пол	Мальчики			Девочки		
	8 – 11	12 – 14	15 – 17	8 – 11	12 – 14	15 – 17
Величина критерия функции соматического здоровья						
Физического развития	+	+	–	–	+	+
Мышечной системы	++	+	++	+	++	++
Респираторной системы	++	++	+	++	++	+
Резерва функции ССС	-	+	++	++	++	+
Экономизации ССС	+	+	++	–	++	+
Степень влияния параметра на интегральный показатель здоровья						
Физического развития	+	++	++	+	++	++
Мышечной системы	+++++	+++++	+++++	+++++	+++++	+++++
Респираторной системы	+++++	+++++	+++++	+++++	+++++	+++++
Резерва функции ССС	++	+++	+++	++	+++	+++
Экономизации ССС	+	++	++	++	++	+



Таким образом, мы получили следующий механизм интеграции комплексных средств и методов ФР в программу подготовки спортсменов резервов:

Величина критерия функции соматического здоровья спортсмена регламентирует целевую направленность блока ФР (при оценке 0 – 1 балл – развивающая; 2 балла – коррекционная) и форму его интеграции (при оценке 0 – 1 балл – в составе внутренировочного блока; 2 балла – в составе тренировочного блока).

Степень влияния оцениваемого параметра на интегральный показатель соматического здоровья спортсмена регламентирует рациональную направленность и продолжительность использования средств и методов ФР в блоке; место включения блока ФР в процесс подготовки спортсменов ГР (при оценке 1 – 2 балла – внутренировочные блоки; 3 балла – тренировочные; 5 баллов – внутренировочные и тренировочные блоки) [10].

Выводы. Таким образом, методически обоснованное повышение уровня соматического здоровья юных спортсменов, составляющих ГР развития дисфункций соматических систем организма, комплексными средствами ФР должно осуществляться в рамках модели, которая имеет унифицированный вид. Средства и методы ФР могут быть рационально интегрированы в программу подготовки спортсменов избранной специализации на каждом из этапов, для нормализации (увеличения резерва) функций организма, которые лимитируют профессиональный рост спортсмена. Коррекция составляющих характеристик показателя соматического здоровья спортсменов ГР должна быть реализована в блоках ФР коррекционной и развивающей направленности, которые интегрируются в программу подготовки во внутренировочных и тренировочных формах.

Список литературы:

1. Балыкова Л.А. Метаболическая терапия в детской спортивной кардиологии / Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, А.Н. Урзьева // Детские болезни сердца и сосудов. – 2011. – № 3. – С. 39 – 46.
2. Васильев О.С. Стоунтерапия, как эффективная и безопасная альтернатива электрофизиотерапии у юных спортсменов - диспластиков / О.С. Васильев // Спортивная медицина: наука и практика. – 2013. – № 1 (10). – С. 63 – 64.
3. Волков Л.В. Теория и методика детского и юношеского спорта / В.Н. Волков. – К.: Олимпийская литература, 2002. – 296 с.
4. Гулбани Р. Физическая реабилитация при утомлении спортсменов-футболистов / Р.Ш. Гулбани, С.Н. Гончар // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2009. – № 6. – С. 48 – 50.
5. Дорохов Р.Н. Изменчивость соматических и функциональных показателей у детей и подростков / Р.Н. Дорохов. // Дети, спорт, здоровье:



межрег. сб. научн. трудов по проблеме интегративной и спортивной антропологии / СГАФКСТ. – Смоленск, 2011. – Вып.7. – С. 8 – 11.

6. Журавлева М.А. Физическая реабилитация спортсменов с заболеваниями органов пищеварения в процессе поэтапного обследования / М.А. Журавлева, И.Б. Исхаков, Ш.Б. Робиддинов // Спортивная медицина: наука и практика. – 2013. – № 1 (10). – С. 113.

7. Заповитрянная Е.Б. Особенности вегетативной регуляции сердечного ритма у борцов различных возрастных групп / Е.Б. Заповитрянная, Г.В. Коробейников, Л.Г. Коробейникова // Педагогика, психология, медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2015. – № 4. – С. 22 – 25.

8. Кашуба В.О. Інтеграція програм фізичної реабілітації в процес першого - третього етапів підготовки спортсменів при дисфункціях систем їх організму / В.О. Кашуба, С.С. Люгайло, С.М. Футурный // Спортивна медицина та фізична реабілітація. – № 1. – 2019. – С. 99 – 112.

9. Корягин В. М. Здоровье спортсмена: теоритические предпосылки формирования здоровьесберегающего направления в процессе многолетней подготовки / В.М. Корягин // Теория и методика физ. культуры. – 2014. – № 4. – С. 10 – 24.

10. Люгайло С.С. Физическая реабилитация при дисфункциях соматичних систем у спортсменів в процесі многолітньої підготовки: монографія / С.С. Люгайло. – Луцк: Вежа-Друк, 2016. – 244 с.



УДК: 796.81 – 053.6:613.735:616 – 08- 039.74

**ОБОСНОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОГРАММАХ ПОДГОТОВКИ ЮНЫХ
ЕДИНОБОРЦЕВ: ИЗУЧЕНИЕ НЕГАТИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В
СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

Люгайло С.С., Григорашук И.А., Дунец Д.С.

Донецкий Республиканский лечебно-физкультурный диспансер

Государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Донецкий национальный университет»

Государственное образовательное учреждение

«Институт физической культуры и спорта»

Кафедра адаптивной физической культуры

г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. На современном этапе оптимизации спортивной науки, процесс комплексного использования средств и методов физической реабилитации (ФР) в многолетней подготовке юных спортсменов находится в стадии активного формирования и развития. Это экспериментально подтверждено эффективностью использования средств данной группы в авторских программах, схемах реабилитации и технологиях, предложенных для спортсменов детей и подростков, которые имеют патологические отклонения в деятельности некоторых соматических систем (преимущественно сердечно-сосудистой (ССС), опорно-двигательного аппарата (ОДА), пищеварительной) [1,2,3,10].

В меньшей степени специалистами освещена проблема превентивного использования в программах спортивной подготовки средств и методов ФР, для коррекции предвестников патологии (донозологических и преморбидных состояний), которые с наибольшей вероятностью могут развиваться у юных спортсменов под действием факторов тренировочной деятельности, специфичных для избранного вида спорта [4,5,8].

По мнению экспертов, это обусловлено рядом причин [5,9].

В первую очередь, это связано с непониманием теоретико-методических основ организации процесса превентивной ФР в практике спортивной подготовки, которая, согласно современному концепту здоровьесбережения спортсмена, является частью тренировочного процесса, поэтому должна соответствовать задачам его этапов и обосновываться с учетом негативных тенденций в состоянии здоровья конкретного контингента спортсменов (пол, возраст, специализация) [9].

Во-вторых, при обосновании тактики превентивных воздействий в практике спортивной подготовки по сей день, недостаточно изучаются механизмы развития дисфункций ведущих системах организма у спортсменов



избранной специализации, что отчетливо просматривается в унифицированном наборе диагностических процедур, которые используются в программе их медицинского освидетельствования (без использования методов донозологической диагностики). Донозологические методы, согласно научному утверждению, позволяют диагностировать у спортсменов эндогенные причины развития наиболее вероятных заболеваний, распознать функции организма, которые лимитируют эффективность тренировочного процесса [8,9].

В итоге, предлагаемые к использованию в практике детско-юношеского спорта, схемы, программы и технологии превентивной ФР носят унифицированный и размытый характер, а тренерам непонятен механизм интеграции комплексов ФР (место, направленность, регламентация) в программу подготовки спортсменов избранной специализации [5]. Что объясняет отсутствие широкого применения превентивных мер ФР в практике детско-юношеского спорта [7,8].

Изложенное обосновало исследовательский интерес, к разработке технологии превентивной ФР и ее апробации в программе подготовки юных спортсменов-единоборцев.

Цель исследования – путем системного анализа учетно-отчетной медицинской документации по диспансеризации контингента единоборцев, тренирующихся на первом – третьем этапах многолетней подготовки выявить негативные тенденции в состоянии их соматического здоровья.

Материал и методы. Указанная группа видов спорта выбрана неслучайно. Во-первых, единоборцы составляют «группу риска» развития дисфункций соматических систем (преимущественно ССС, ОДА и системы пищеварения) [12]. Во-вторых, контингент занимающихся в секциях единоборств, ввиду их популярности и демократичности на территории Республики, является многочисленным и достаточным для сбора эпидемиологических данных. А плотный график соревнований обязывает спортсменов-единоборцев к регулярному прохождению медицинских осмотров в централизованных условиях врачебно-физкультурного диспансера, что позволяет получить достоверную информацию о состоянии их здоровья [12].

Таким образом, существуют объективные условия для изучения установленной учетно-отчетной медицинской документации по заболеваемости юных единоборцев, ее анализа и определения негативных тенденций в состоянии их здоровья для дальнейшего обоснования стратегии превентивной ФР в практике спортивной подготовки методами анализа и систематизации научно-методической литературы и информационных ресурсов сети Интернет; контент-анализа теоретических и методических работ (монографий, учебных пособий, методических материалов), данных нормативно-отчетной документации по заболеваемости единоборцев (329-ть спортсменов (возраст 8 – 17 лет)), системного подхода.

Результаты и их обсуждение. Рассмотрение данных диспансеризации спортсменов-единоборцев (329-ть человек в возрасте 8 – 17 лет) в условиях



Донецкого Республиканского врачебно-физкультурного диспансера (ДРВФД) за 2019 год позволило установить: в структуре общей соматической патологии диспансерного контингента на долю единоборств (борьба (дзюдо, вольная, греко-римская, самбо) бокс, кикбоксинг, рукопашный бой, ушу, каратэ, тхэквондо и т.п.) приходилось 27,86 % случаев диагностики острых и хронических заболеваний различных нозологий; дисфункции соматических систем регистрировались у спортсменов всех возрастных групп.

Функциональные расстройства отмечены специалистами даже у представителей младшей возрастной группы, что на наш взгляд, обусловлено спецификой и ранним отбором детей в группы начальной подготовки (ГНП) по отдельным видам единоборств. Например, отбор детей для занятий в ГНП по боевым искусствам (каратэ, джиуджи-цу, ушу, хортинг и т.п.) проводится, начиная с 4 – 5-ти лет. В сравнении с отбором во все виды борьбы, где допуск детей осуществляется с возраста 9-ти лет, а в бокс – с возраста 10-ти лет [6]. Соответственно, у спортсменов возрастной группы 8 – 9-ть лет совпадает с этапом предварительной базовой подготовки (ПБП) по восточным единоборствам, а онтогенетический период роста и пубертатного созревания организма (12 – 14-ть лет) приходится на этап специальной базовой подготовки (СБП) [9].

Углубленная специализация подготовки предполагает увеличение основных параметров тренировочных воздействий (объем и интенсивность), уплотнение графика соревновательных стартов и усложнение технико-тактических элементов тренировочной деятельности спортсменов, что является фактором риска развития соматических заболеваний (травм) [2,7]. Ситуация усугубляется тем, что интенсификация тренировочного процесса происходит на фоне процессов физиологического роста и созревания организма спортсмена, которым присуща гетерохронность и функциональная несогласованность деятельности ведущих систем организма [8]. Это создает условия для развития у спортсменов острых и манифестации скрытых (врожденных и генетически детерминированных) патологий [7], негативной прогрессии случаев обострения хронических патологий (на момент отбора детей в ГНП – стадия стойкой ремиссии) [6,10] (рис. 1).

Таким образом, исходя из результатов системного анализа, нами были определены негативные тенденции в состоянии здоровья тематического контингента, в процессе периодов онтогенеза и этапов спортивного становления:

- физические нагрузки специфичные для процесса подготовки в единоборствах (ранняя спортивная специализация, необходимость постоянного контроля массы тела, особенности биомеханики движений и т.п.) являются факторами возникновения дисфункций в соматических системах организма;
- спортсмены-единоборцы составляют «группу риска» развития дисфункций ССС, респираторной и пищеварительной систем, которые являются «слабыми звеньями» процесса адаптации к тренировочным нагрузкам;

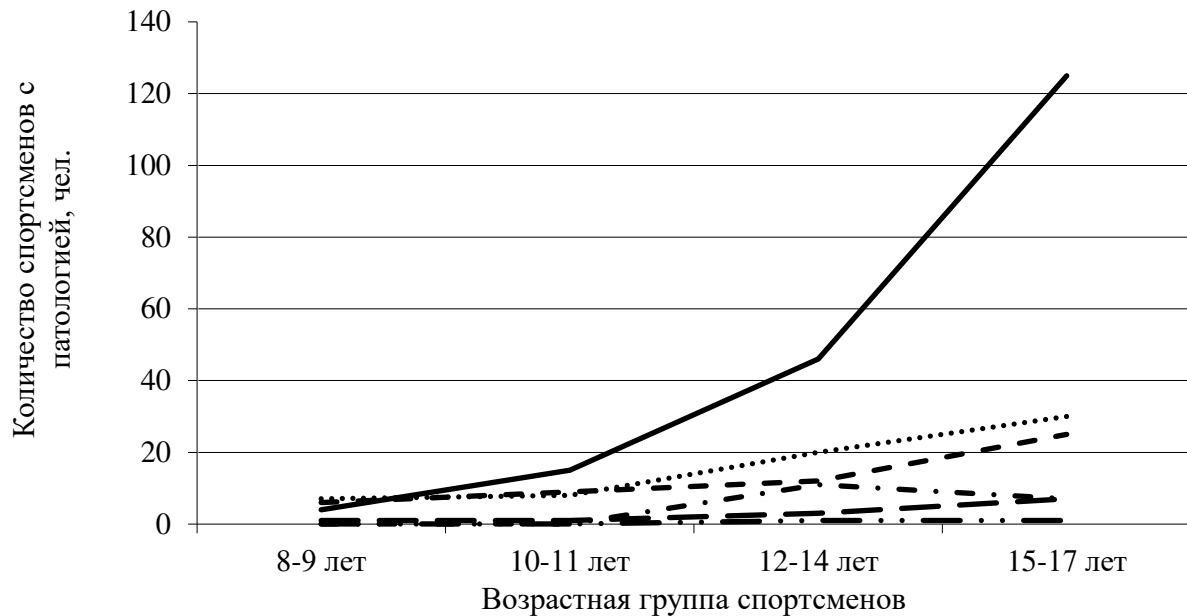


Рисунок 1. Динамика показателей распространенности соматических заболеваний у спортсменов разных возрастов, специализирующихся в единоборствах

Примечание. — — — — — ССС;

..... — респираторная система;

- - - - - — пищеварительная система;

- . - . - — мочевыделительная система;

- · - · - — физическое перенапряжение ССС, перенапряжение;

- · · · - — репродуктивная систем

– по мере роста спортивного мастерства единоборцев увеличивается вероятность развития острых, обострения хронически и манифестации скрытых патологий (различных нозологических групп), так негативная динамика показателей распространенности от первого к третьим этапам составляет для ССС – в 31 раз; респираторной системы – в 6 раз; пищеварительной – в 4,5 раза;

– в структуре патологии преобладают острые формы, при этом в процессе спортивного становления отмечено смещение патогенетических акцентов развития острых форм заболеваний: на первом этапе – воспалительный генез; на третьем – преимущественно функциональное происхождение;

– наличие у юных спортсменов хронических заболеваний лимитирует эффективность тренировочного процесса. У спортсменов ГНП хронические формы представлены врожденными патологиями. В ГСБП хронические заболевания являются приобретенными, их развитие прямо или косвенно опосредовано спецификой тренировочной деятельности.

Выводы. Вышеизложенное, в своей совокупности, обосновывает целесообразность обоснования стратегии процесса превентивной ФР и выбора рациональных форм их интеграции в программы подготовки юных единоборцев



на первом – третьем этапах, с учетом выявленных негативных тенденций в состоянии здоровья.

Список литературы:

1. Дубровская А.В. Оценка эффективности применения физических методов профилактики и лечения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата у спортсменов: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.51 / ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии». – М., 2007. – 130 с.
2. Дудник Е.Н. Интервальная гипоксии-гипероксическая тренировка в реабилитации и повышении уровня работоспособности спортсменов с синдромом перетренированности / Е.Н. Дудник, О.С. Глазачев, Л.А. Ярцева, Л.И. Колбая, А.В. Смоленский // СпортМед-2009: материалы междунар. науч. конф. по вопросам состояния и перспективам развития медицины в спорте высших достижений. – М., 2009. – С. 55 – 56.
3. Журавлева М.А. Физическая реабилитация спортсменов с заболеваниями органов пищеварения в процессе поэтапного обследования / М.А. Журавлева, И.Б. Исхаков, Ш.Б. Робиддинов // Спортивная медицина: наука и практика. – 2013. – № 1 (10). – С. 113.
4. Завитаев С.П. Здоровьесберегающая методика спортивной подготовки юных хоккеистов: автореф. дис ... канд. пед. наук: 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры» / УГАФК – Челябинск, 2004. – 22 с.
5. Кашуба В.А. Профилактика и реабилитация в современном спорте: проблемы и пути их решения / В.А. Кашуба, С.С. Люгайло / Методология, теория и практика в современной медицине, биологии, фармацевтике: материалы междунар. науч.-практич. конф. – Новосибирск: Сибпринт 2013. – С. 47 – 56.
6. Клейн К.В. Проблемы возрастных норм допуска к занятиям спортом детей и подростков / К.В. Клейн, И.В. Николаева, А.В. Люлюшин // Мат. I Всеросс. конгр. «Медицина для спорта». – М., 2011. – С.196 – 198.
7. Комолятова В.Н. Электрокардиографические особенности у юных элитных спортсменов / В.Н. Комолятова, Л.М. Макаров, В.О. Колосов, И.И. Киселева, Н.Н. Федина // Педиатрия. – 2013. – Т.92., №3. – С. 136 – 140.
8. Луцкан И.П. Проблемы медицинского обеспечения детей, занимающихся спортом в России / И.П. Луцкан, Н.В. Савина, Л.А. Степанова // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 5. – С. 39 – 42.
9. Люгайло С.С. Физическая реабилитация при дисфункциях соматичних систем у спортсменов в процессе многолетней подготовки: монография / С.С. Люгайло. – Луцк.: Вежа-Друк, 2016. – 244 с.
10. Тертышная Е.С. Комплексная коррекция функциональных изменений гепатобилиарной системы у юных спортсменов / Е.С. Тертышная, И.Т. Корнеева, С.Д. Поляков, С.В. Ходарев // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. – 2008. – № 3. – С. 19 – 24.



УДК 159.94

ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ОТДЫХУ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Малёнова А.Ю., Спиридонова И.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского»
Кафедра общей и социальной психологии
г. Омск, Российская Федерация

Актуальность темы. В настоящее время особую актуальность приобретают исследования, связанные с изучением качества жизни профессионалов разных профилей. Обострение эпидемиологической, социальной и психологической ситуации во время пандемии COVID-19 влечет за собой повышенное внимание к специалистам медицинской сферы. Решение вопроса эффективной организации режима дня сотрудников, работающих в крайне тяжелых условиях, предполагает изучение факторов, вызывающих дисбаланс или же позволяющих сбалансировать психическое состояние медицинских работников. Функцию регулятора психического и физического состояния человека способен выполнять отдых как процесс восстановления умственной и физической работоспособности, который протекает в условиях прекращения деятельности, вызвавшей утомление [4]. По утверждению М.С. Лузяниной и А.С. Кузнецовой, важнейшим фактором, определяющим эффективность отдыха, является субъективное переживание данного процесса, как позитивного и имеющего определенное значение. Тогда, как негативная оценка отдыха ведет к снижению его полезного эффекта и неблагоприятно влияет на состояние личности [2]. Этот тезис подтверждается и в работах Е.М. Алексеевой. С позиции автора, выражаясь в устойчивых отношениях к определенным ситуациям жизнедеятельности, личностные смыслы играют роль связующего, опосредующего звена в системе «ситуация – личностный смысл – психическое состояние» и «ситуация – смысловая установка – психическое состояние» [1]. Таким образом, одним из шагов на пути к решению проблемы эффективной организации отдыха может стать определение особенностей субъективных представлений об отдыхе у специалистов медицинского профиля, в том числе, через призму системы их ценностных ориентаций.

Цель исследования. Изучить особенности ценностного отношения к отдыху у медицинских работников разных квалификационных групп. Общую совокупность выборки составили сотрудники одного из перинатальных центров г. Омска в количестве 41-го человека. Все специалисты были разделены на две группы, уравненные по полу, возрасту, стажу и семейному положению: 19 представителей высшего медицинского персонала – ВМП (это врачи и



заведующие структурными подразделениями) и 22 представителя среднего медицинского персонала – СМП (акушерки и медицинские сестры).

Материал и методы. Основными методами сбора данных выступили тестирование и письменный опрос. Последний был реализован с помощью анкетирования: нами были составлены вопросы на основе авторской анкеты М.С. Лузяниной [3], направленные на оценку объема и распределения рабочей нагрузки респондентов по их субъективным оценкам, оценки степени усталости за время рабочего и эффективности отдыха в различное время рабочего дня, выявления особенностей планирования и временной организации отдыха, а также сбора данных о субъективном отношении к отдыху. Для оценки места отдыха в системе ценностей была использована методика Е.Б. Фанталовой «Свободный выбор ценностей» [5]. Для обработки данных использовался χ^2 -критерий Фишера.

Результаты и их обсуждение. Подученные данные свидетельствуют о том, что все опрошенные медики испытывают острую потребность в отдыхе, что является следствием высокой степени нагрузки во время рабочего дня (58% ВМП, 55% СМП) и усталости после его завершения (63% ВМП, 59% СМП). Никто из опрошенных не отметил свою степень ежедневной нагрузки и усталости как низкую. Для 56% медицинских работников отдых является процессом, доставляющим удовольствие (причем процент врачей, считающих так, больше, чем процент опрошенных из числа СМП: 63% и 54%, соответственно), тогда как его оценку в качестве необходимого условия для восстановления сил отмечают 44% респондентов (37% врачей и 46% среднего медицинского персонала). При этом, большинство врачей сохраняет активность в свободное от работы время, понимая отдых, чаще, как смену деятельности (30%) и время для личной жизни (30%). Представители среднего медицинского персонала в меньшей мере расположены к активному времяпрепровождению и определяют для себя отдых как время для себя (37%) и ресурс для восстановления сил (47% против 17% врачей, $F_{эмп.}=2,1$ при $p = 0,01$). Причины выявленных различий в оценке отдыха, вероятно, лежат в особенностях профессиональной деятельности медицинских работников. Врачи, как профессиональная квалификационная группа, чаще, чем средний медицинский персонал, сталкиваются с «бумажной» работой, имеют дело с серьезной документацией, при выполнении действий с которой важна усидчивость, внимательность и полная погруженность в мыслительный процесс, в связи с чем, они склонны предпочитать смену монотонной деятельности и активный отдых при выборе варианта структурирования времени, отведенного на восстановление сил. Средний медицинский персонал, напротив, в большинстве своем, выполняет работу «на ногах». Они чаще сталкиваются с экстренными и экстремальными ситуациями в повседневной профессиональной деятельности. В ответах респондентов, относящихся к данной профессиональной квалификационной группе, отдых не рассматривался как смена деятельности в традиционном, для российской ментальности, понимании данного словосочетания как перехода к



другому делу, другому труду, который требует не меньших энергетических затрат, чем тот, который предполагается сменить. Но, строго говоря, опрошенные представители среднего медицинского персонала занимаются, именно, сменой деятельности, предпочитая в период, отведенный для отдыха, останавливаться на тех видах деятельности, которые характеризуются относительным балансом и спокойствием. Средний медицинский персонал расценивает отдых как «остановку» в профессиональной деятельности, имеющей высокий темп, динамику.

Важным также оказалось и то, что, независимо от квалификационной группы, отдых попадает в группу лидеров при оценке структуры ценностей медицинских работников, занимая шестое место у врачей (8,7 балла) и четвертое (9,3 балла) – у среднего медицинского персонала (см. Рис. 1. и Рис. 2.).

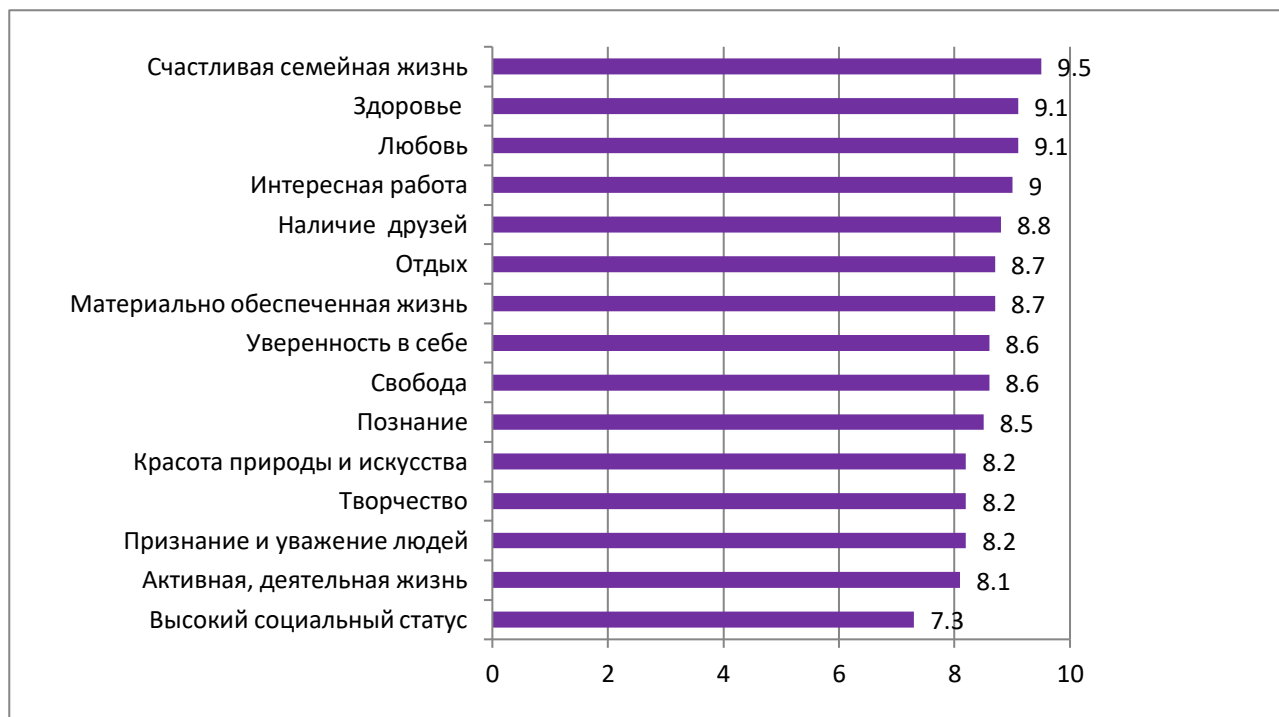
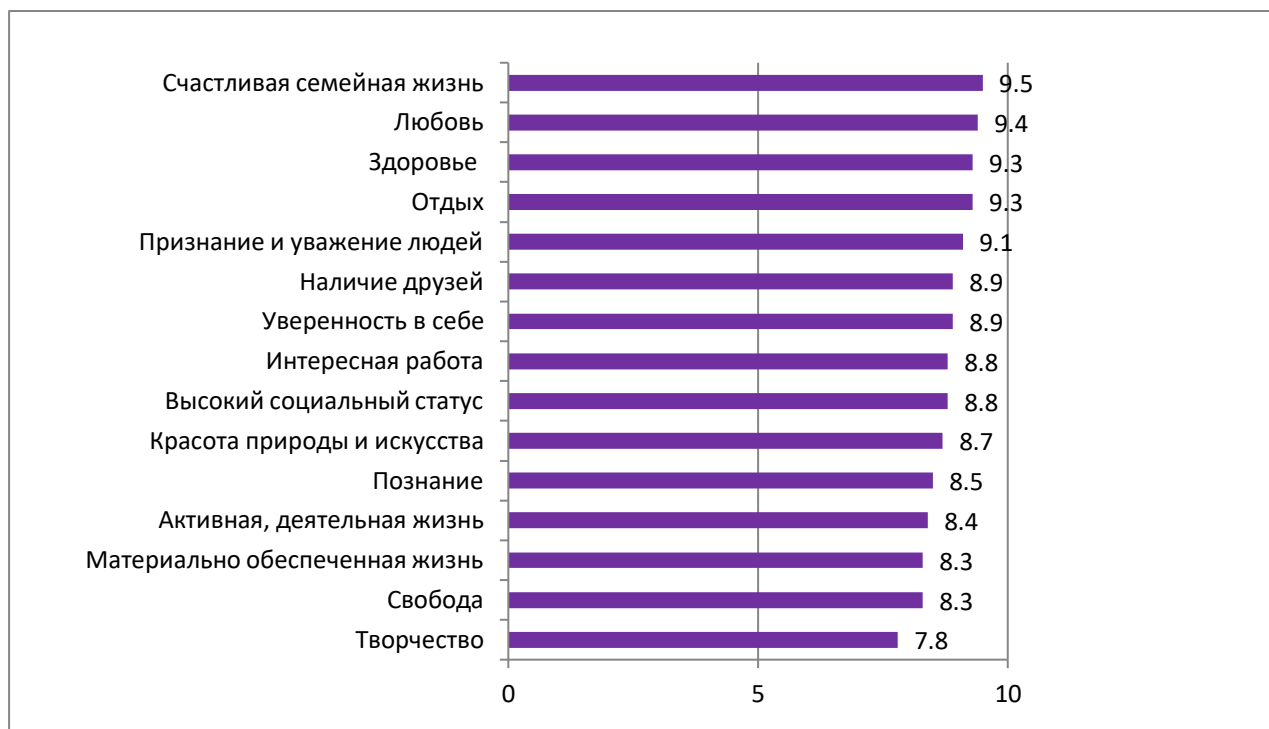


Рис. 1. Иерархия ценностей высшего медицинского персонала (средние значения, баллы)

Таким образом, более приоритетными, по сравнению с отдыхом, для представителей обеих групп являются ценности «Счастливая семейная жизнь», «Любовь», «Здоровье». Для врачей также большее значение имеют «Интересная работа» и «Наличие друзей».



**Рис. 2. Иерархия ценностей среднего медицинского персонала
(средние значения, баллы)**

Помимо субъективной оценки значимости отдыха, нами также было установлено, что в большинстве случаев (54% опрошенных) эта ценность реализована, и ни один из опрошенных не испытывает состояния внутреннего вакуума в отношении нее. Однако, врачей, дающих такую оценку отдыху, значительно больше, чем представителей среднего медицинского персонала (63% против 41%, $\varphi_{\text{эмп.}}=1,41$ при $p=0,07$). Кроме того, число работников, имеющих внутренний конфликт, обусловленный тем, что ценность отдыха превосходит степень его доступности, весьма внушительно, что более характерно для среднего медицинского персонала на уровне тенденции (59% против 37%, $\varphi_{\text{эмп.}}=1,15$ при $p=0,1$).

Выводы. Таким образом, медицинскими работниками отдых оценивается позитивно, занимая высокую позицию в иерархии ценностей, является деятельностью, отличной по большинству параметров от деятельности профессиональной. Большинство опрошенных определяет отдых как процесс, доставляющий удовольствие. При этом, врачи отдают предпочтение активному отдыху, а средний медицинский персонал склонен восстанавливать ресурсы, избегая чрезмерной активности (двигательной и психической). Вместе с тем, доступность отдыха для всех квалификационных групп медицинских работников заметно уступает его ценности, что свидетельствует о присутствии внутреннего конфликта в отношении возможности реализации конкретной ценности в реальных условиях жизнедеятельности. Это, в свою очередь, может выступать одним из факторов эмоционального выгорания, что приобретает



особую значимость для специалистов медицинского профиля в условиях работы, продиктованных ситуацией пандемии COVID-19, требуя оперативного психологического сопровождения с целью регуляции и стабилизации психического состояния медицинских работников, прежде всего, из числа среднего медицинского персонала.

Список литературы:

1. Алексеева Е.М. Смысловая детерминация психических состояний: общие закономерности и гендерные особенности // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. Том 12. Серия психологические науки. Выпуск «Гендерная психология». – 2006. – № 1. – С. 90 – 94.
2. Лузянина М.С., Кузнецова А.С. Типологические особенности отношения к работе и отдыху как фактор эффективности труда и удовлетворенности жизнью современного профессионала // Прикладная юридическая психология. – 2014. – №3. – С. 148 – 157.
3. Лузянина М.С. Роль представлений об отдыхе в саморегуляции функциональных состояний: дис. канд. наук: 19.00.03/ М., 2015. – 188 с.
4. Медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс]. – [URL:https://gufo.me/dict/medical_encyclopedia](https://gufo.me/dict/medical_encyclopedia)
5. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. – Самара: БАХРАХ-М, 2001. – 128 с.



УДК 615.015.32:614.21

К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕГРАЦИИ ГОМЕОПАТИИ В СИСТЕМУ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Моргун Е.И.

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Кафедра интегративной и восстановительной медицины
г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. Гомеопатия – это система медицинской практики, нацеленная на улучшение состояния здоровья организма посредством приема проверенных, потенцированных лекарственных средств, которые подбираются индивидуально в соответствии с законом подобия (по определению Европейского Комитета Гомеопатии (ЕКГ)) [3].

В настоящее время отмечается очередной подъем интереса к гомеопатическому методу лечения благодаря популяризации основных работ основоположника гомеопатии С. Ганемана и его учеников. Актуальность применения достижений гомеопатии в практическом здравоохранении объективно возрастает, несмотря на периодическую активизацию ее противников. Причиной нападков на гомеопатию является, прежде всего, возрастающая популярность этого медицинского метода среди врачей и пациентов, а также отсутствие общепринятого научного обоснования механизма ее действия. Утверждения оппонентов гомеопатии верны в том, что в гомеопатических препаратах высоких потенций практически отсутствуют молекулы вещества, при этом, не учитывается, что в препаратах присутствует совокупность материальных квантовых полей с высокой электромагнитной энергией.

Так, Комиссией Российской академии наук (РАН) по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований был принят Меморандум №2 «О лженаучности гомеопатии» от 6.02.2017 г. Однако, Комитет по охране здоровья Государственной думы, Министерство Здравоохранения, Генеральная прокуратура и Медицинский отдел Академии РАН Российской Федерации (РФ) постановили, что направление имеет право на существование и требуется дальнейшая его интеграция в национальную систему охраны здоровья. Так, заместитель министра здравоохранения РФ Т.В. Яковлева в 2017 году заявила: "Гомеопатия признается официально Всемирной организацией здравоохранения, в том числе, и минздравом России гомеопатия тоже признана. Если прием ведет специалист, не знающий гомеопатии, который не прошел специализацию и обучение, вот тогда это лженаука"[6].

В 2017 г. опубликованы результаты работы «Научного центра экспертизы средств медицинского применения» Министерства здравоохранения РФ, в



которой отмечено, что ведущая роль в системе критериев при экспертизе гомеопатических лекарственных средств отводится соответствию качества субстанции и технологии производства препарата фармакопейным требованиям, обоснована безопасность состава препаратов и программа доказательных доклинических и клинических исследований, подтверждающих заявленную эффективность и безопасность гомеопатических средств [5].

Цель исследования. Рассмотреть возможность интеграции гомеопатии в систему здравоохранения и пути развития кадрового потенциала квалифицированных врачей-гомеопатов.

Материал и методы. Проанализированы материалы международных конгрессов по традиционной медицине, труды классиков гомеопатии, которые наряду с работами основателя гомеопатии С. Ганемана, являются эталоном философии и практики гомеопатии.

Результаты и их обсуждение. Современная западная медицина старается решать проблему борьбы с неинфекционными заболеваниями с помощью более безопасных лекарств, особенно на начальных этапах. На этом фоне гомеопатия может внести свой вклад в различные аспекты глобального здравоохранения. В 2019 г. в Гоа (Индия) состоялся Всемирный форум по интегративной медицине, где обсуждались вопросы интеграции гомеопатии в систему здравоохранения в странах с давними традициями ее использования, обеспечения и доступности безопасных и эффективных гомеопатических лекарств.

В силу различного понимания понятий здоровья и болезни, практического подхода к лечению заболеваний в гомеопатической и официальной медицине, существенно отличается и целеполагание, и методология, и средства достижения поставленной цели. Гомеопатия требует специальных знаний и опыта. Врачи-гомеопаты должны сочетать знания и опыт, присущие гомеопатической практике, со знанием и опытом, необходимым в обычной медицинской практике. Чтобы стать квалифицированным врачом-гомеопатом, следует пройти подготовку по гомеопатии на последипломном этапе. ЕКГ рассматривает высшее медицинское образование как предварительное условие для профессиональной практики в области гомеопатии и как одну из гарантий для будущего ее самой.

В Германии Центральное общество немецких врачей-гомеопатов объединяет более 1000 членов (Центральный союз врачей). Германия была первой страной, где появилась официальная гомеопатическая фармакопея (Немецкая гомеопатическая фармакопея). Специалистов обучает Центральное общество врачей-гомеопатов, курс рассчитан на 1,5 года с последующей практикой в университетских клиниках, под руководством Союза ведутся и научные исследования. Основные работы по гомеопатии публикуются в гомеопатических журналах, среди которых наиболее известен "Всеобщий гомеопатический журнал", издающийся с 1832 г.

В Великобритании в гомеопатическую ассоциацию входят врачи, большинство из которых закончили гомеопатический факультет Лондонского



университета, созданный в 1850 г. специальным актом Парламента, при котором функционирует и гомеопатический госпиталь. Издаётся ежеквартальный журнал "Британская гомеопатия". Каждый третий английский врач выписывает гомеопатические лекарства.

В Индии гомеопатия официально признана наряду с аллопатией. Созданы национальные организации (Всеиндийский институт гомеопатии и Всеиндийская гомеопатическая медицинская ассоциация), объединяющие около 250 тысяч практикующих гомеопатов. В медицинских вузах имеются гомеопатические факультеты (всего их 122), ежегодно принимающие на обучение около 7500 студентов. Функционирует около 10-ти больших фармацевтических концернов, 22-х научно-исследовательских отдела по проверке качества гомеопатических средств, клиническим исследованиям и стандартизации лекарств. По всей стране работают 2000 гомеопатических поликлиник. Издаётся множество журналов на английском языке, языке хинди и на местных диалектах.

В США гомеопатия получила широкое распространение в XIX-ом веке. Гомеопатические лекарства официально включены в Государственную фармакопею США, научные исследования возложены на Научно-исследовательский комитет Американского гомеопатического института. Большинство гомеопатических ассоциаций объединены в Национальный гомеопатический центр в Вашингтоне, имеются многочисленные местные гомеопатические общества, в задачу которых входят популяризация гомеопатии, организация обучения врачей. В стране издаются три гомеопатических журнала.

Во Франции Национальная федерация французских медицинских обществ объединяет 6000 врачей-гомеопатов, разработана Французская гомеопатическая фармакопея. Издаётся несколько гомеопатических журналов. В настоящее время в стране обучение гомеопатии состоит из теоретического направления и клинической учебной практики. Теоретическое обучение осуществляется в рамках 3-летнего учебного цикла (Гомеопатический центр Франции, Французский национальный гомеопатический институт, Гомеопатическая школа при госпитале Сен-Жак); практическое клиническое обучение проводится каждой школой после прослушивания теоретического курса. После окончания полного 3-летнего курса обучения в трех школах и сдачи экзамена слушателям выдается единый диплом.

Во многих странах проводятся фундаментальные исследования, направленные на подтверждение «закона подобия» и действия сильно потенцированных веществ в различных биологических системах. На I-ом Евразийском Конгрессе (2016) проф. А.И. Коновалов (РФ) продемонстрировал результаты 10-летних исследований изучения водных систем (растворов) различных веществ, полученных путем последовательных серийных разбавлений изучаемого вещества с энергичным встряхиванием, в результате которых образуются наночастицы, являющиеся носителями молекулярной информации исходного субстрата и способные вызывать биологические



эффекты. Наноассоциаты могут являться базовым элементом фундаментальных научных основ гомеопатии. Позднее, заслуженный деятель науки РФ, профессор Я.З. Месенжник (2018) обосновал базовые постулаты «О квантово – резонансной природе гомеопатии», которыми обозначены процессы, происходящие при реализации технологии потенцирования и формирования гомеопатического препарата, а также механизм действия этих препаратов на организм. В РФ с 2005-го г. по 2015 г. выполнены и защищены 32 диссертационные работы по гомеопатии на соискание звания доктора медицинских наук и 113 – кандидата медицинских наук.

Трудности внедрения методов гомеопатии, при высокой потребности в ней населения, связаны с отсутствием четкого определения этого метода в системе оказания медицинской помощи. Поскольку гомеопатия постоянно развивается, врачи-гомеопаты нуждаются в курсах повышения квалификации и возможности непрерывного медицинского образования по данной специальности.

В большинстве стран принято, чтобы врачи-гомеопаты продолжали свое общемедицинское образование, так как весьма важным является обладание клиническим мышлением, позволяющее профессионально решать вопросы диагностики и определения прогноза болезни, сочетающееся с гомеопатическим мышлением; В.Х. Василенко (1974) указывал, что «для успешного лечения необходимы правильное распознавание болезни и ее причины, особенностей организма больного и течения заболевания, знание действия различных лечебных средств». Принцип целостности организма предполагает полноту диагностики болезни, оценку состояния всех физиологических систем организма, а также личности пациента, т.е. необходима постановка синтетического диагноза, опирающегося на синтез и установление патогенетической связи явлений для конкретного заболевания у данного больного с его индивидуальными проявлениями [1]. С.П. Боткин считал, что «индивидуализация каждого случая, основанная на осязательных научных данных, и составляет задачу клинической медицины и вместе с тем самое твердое основание лечения». С. Ганеман подчеркивал, что «ни одно истинное излечение... не может быть достигнуто без строгого индивидуального лечения каждого случая болезни» [2]. Для назначения гомеопатического лечения классического нозологического диагноза недостаточно, необходим лекарственный диагноз (нахождение лекарственного вещества по принципу подобия, на основании гомеопатического лекарствоведения, содержащего характеристики лекарственных веществ, т. е. полную картину реакции всего организма на лекарственное вещество в большой дозе).

Врачи-гомеопаты обращают особенное внимание и изучают конституциональные признаки и реакции больного человека, совокупность характеристик пациента, определяющих индивидуальность его организма. Гомеопатическое лечение одного и того же патологического процесса у разных пациентов может совершенно отличаться, так как в первую очередь соответствует не морфологическому субстрату заболевания, а особенностям



организма больного. В ходе общения с пациентом обращают внимание на манеру держаться и разговаривать, особенности поведения, черты характера, особенности питания и предпочтения отдельных пищевых продуктов и т. д. Способность врача внимательно подходить к анамнезу, умение обследовать пациента, гомеопатическое мышление, основанное на знаниях, опыте и врачебной интуиции составляют смысл гомеопатического врачевания. В целях систематизации симптомов и оценки их удельного веса при выборе лекарственного средства врачи-гомеопаты используют справочники симптомов (Реперториумы Кента, Фатака и др.). Наиболее информативными симптомами в гомеопатии являются ведущие и индивидуальные, которые позволяют наиболее точно соотнести конституциональный тип больного с патогенезом определенного лекарственного средства [4].

В период обучения гомеопатии преподавателями нашей кафедры используется наряду с собственным многолетним опытом и международный опыт преподавания. Современные подходы к организации учебного процесса в медицинском университете требуют от преподавателя тщательного подхода к отбору и рассмотрению в ходе занятия научно-методического материала по основам гомеопатии. Рекомендуются сборники материалов российско-бельгийской школы классической гомеопатии и Лондонского Факультета гомеопатии. Эффективность предстоящей гомеопатической практики в огромной мере зависит от уровня усвоения знаний по гомеопатической медицине. В лекционном материале с современных позиций подробно освещаются общие принципы, основные понятия гомеопатии, теория миазмов и причины патологии организма, классификация болезней (по С. Ганеману). Демонстрируются видеофильмы по технологии приготовления гомеопатических лекарств. Теоретические занятия дополняются курсом практической подготовки: присутствие на гомеопатическом приеме, осуществляемом преподавателем (врач-гомеопат, имеющий опыт практической работы), разбор случаев в присутствии преподавателя (гомеопатический дифференциальный диагноз), обзор клинических случаев, наблюдаемых врачами-слушателями.

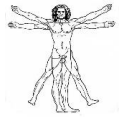
Выводы. Таким образом, изучение гомеопатии в высших медицинских учебных заведениях существенно дополняет комплекс знаний и умений современного врача, благодаря ее методам значительно расширяется качество диагностики и объем оказываемой лечебно-профилактической помощи населению.

Список литературы:

1. Богатырев В.Г. Основы медицинской диагностики внутренних болезней. – Ростов н/Д.: Феникс, 2005. – 192 с.
2. Ганеман С. Органон врачебного искусства. – М.: Атлас. – 204 с.
3. Гомеопатия в Европе // Доклад ЕКГ. – М.: Гомеопатическая Медицина, 2002. – 80 с.



**Интегративная медицина, реабилитационные технологии:
образование, наука и практика**



4. Лондонский Факультет гомеопатии. Мат.1 – 3 сессий обучения. – М.: Гомеопатическая Медицина, 2002. – 80 с.

5. Сюбаев Р.Д. Вопросы доказательности эффективности и безопасности гомеопатических лекарственных препаратов // Р.Д. Сюбаев, Н.М. Крутикова, Г.Н. Енгальчева / Ведомости НЦЭСМП. – 2017. – Т.7, №2. – С. 98 – 103.

6. <https://www.bbc.com/russian/features-42746192>



УДК 614.2 617.3

ЗАДАЧИ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Нувахова М.Б.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
реабилитации и курортологии»
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность темы: заключается в определении роли физической и медицинской реабилитации в процессе восстановления.

Цель исследования: по данным литературных источников установить актуальность применения средств лечебной физкультуры в восстановительном лечении больных и инвалидов с травмами верхних конечностей.

Объект и методы исследования. Для решения поставленной цели мы проанализировали доступные литературные источники по выбранной тематике.

Восстановительная медицина - это не специфический вид лечения, а скорее способ лечения физиологии организма в целом. Типичная медицина будет лечить каждый симптом, большинство состояний с помощью конкретных лекарств, которые мы рассматриваем как множественную модальность. Восстановительная медицина-это особая модальность, то есть за большинством телесных расстройств стоит одна причина, а, следовательно, и одно решение [1]

Медицина образа жизни – это отрасль медицины, занимающаяся исследованиями, профилактикой и лечением расстройств, вызванных такими факторами образа жизни, как питание, физическая неактивность и хронический стресс. Медицина образа жизни фокусируется на обучении и мотивации пациентов к изменению личных привычек и поведения вокруг использования цельной пищи, растительного рациона питания, регулярной физической активности, восстановительного сна, управления стрессом, избегания опасных веществ и позитивных социальных связей. В клинике основными препятствиями для консультирования по образу жизни являются то, что врачи чувствуют себя плохо подготовленными и скептически относятся к восприимчивости своих пациентов [2].

Понятие регенеративной медицины включает в себя систему знаний и практических мероприятий, направленных на восстановление функциональных резервов человека, повышение здоровья и качества жизни, которое снижается под воздействием негативных факторов внешней среды и деятельности или заболевания (в стадии выздоровления или ремиссии), за счет использования преимущественно немедикаментозных методов.

Особенностью является профилактическая направленность, которая реализуется путем решения задач, связанных с повышением приспособляемости человека к восстановлению и укреплению здоровья, повышением



профессиональной надежности и долголетия на основе предпочтительного применения естественных и искусственных физических факторов, движений, элементов мануальной терапии, различных видов массажа и факторов традиционной терапии [3].

Социальная значимость данной специальности заключается в реализации нового направления в медицине, направленного на создание системы лечения и восстановления здоровья человека в виде комплекса лечебно-профилактических и медико-социальных мероприятий, обеспечивающих поддержание оптимальной работоспособности и качества жизни. Этот эффект, по мнению ряда авторов, достигается созданием системы мониторинга и управления состоянием функциональных резервов человека на всех этапах лечения, профилактики и медицинской реабилитации.

В системе практического здравоохранения регенеративная медицина является одним из видов специализированной медицинской помощи и включает в себя:

- оценка функциональных резервов (адаптационных возможностей) организма;

- разработка и реализация индивидуальных программ оздоровления или медицинской реабилитации на основе комплексного применения медикаментозной терапии и немедицинских технологий-физиотерапии, лечебной физкультуры (ЛФК), массажа, лечебно-профилактического питания, мануальной и рефлексотерапии, психотерапии и других технологий народной медицины.

Структурная реабилитационная медицина как отрасль медицины объединяет в себе два основных направления здравоохранения. Первое направление- это сохранение здоровья здоровых или практически здоровых людей, а также восстановление здоровья людей с функциональными нарушениями или предболезненными нарушениями, вызванными неблагоприятными факторами окружающей среды и деятельностью человека. Ценности жизни меняются; в современном обществе здоровье, качество и продолжительность жизни имеют первостепенное значение. Все это определяется биологической составляющей социального смысла личности [4].

Здоровье – это сложная биосоциальная категория, которая рассматривается не только как отсутствие болезней, но и как благополучие граждан в гармонии с окружающей физической, социальной, экономической и культурной средой.

Здоровье личности – это динамическое состояние (процесс) сохранения и развития ее биологических, физиологических и психологических функций, оптимальной работоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности активной жизнедеятельности.

Здоровье населения – это процесс социально-исторического развития психосоциальной и биологической жизнеспособности населения, проживающего на данной территории в ряде поколений, повышения его



трудоспособности и производительности труда до уровня коллективного накопления, роста экономического благосостояния.

Мотивация к созданию потребности в здоровье-побуждение индивидов к принятию мер по укреплению, поддержанию и восстановлению здоровья, профилактике заболеваний и других нарушений здоровья. Качество жизни – это категория, которая включает в себя сочетание условий жизни и здоровья, обеспечивающих физическое, психическое и социальное благополучие и самореализацию.

Из множества предложенных до сих пор моделей наиболее информативной оказалась модель здоровья, характеризующаяся энергетическим потенциалом системы, на которой базируются основные труды В. И. Вернадского и О. Бауэра. Использование этой модели позволило описать ряд новых явлений здоровья, которые не были выявлены при использовании других методов диагностики. Наиболее важным из них является феномен, описанный К. Купером – "безопасный уровень здоровья". Это позволило поставить решение проблем первичной профилактики неинфекционных заболеваний на строго научную основу, поскольку целью любых оздоровительных мероприятий является достижение такого уровня здоровья, который не порождает никаких эндогенных факторов риска или патологии [5].

По словам К. Купера, люди, имеющие "безопасный уровень здоровья", вообще не болеют, обладают высокой устойчивостью к аденовирусной инфекции, способны выполнять стрессовую жизнедеятельность; у этих людей на 20% ниже риск заболеть раком.

Основное значение и место индивидуальной диагностики здоровья в системе восстановительной медицины можно определить следующим образом:

- правильная оценка состояния здоровья больших групп населения, в том числе детей;
- оперативное разделение испытуемых на 3 основные группы:
а) практически здоровые; б) лица с функциональными нарушениями; в) больные;
- получение эталонных характеристик для разработки индивидуальных комплексных программ коррекции выявленных нарушений здоровья;
- объективная оценка эффективности реабилитационных программ;
- мониторинг состояния здоровья населения.

Известно, что диагностика восстановительной медицины принципиально отличается от нозологической диагностики, используемой в традиционной медицине. Она направлена не на диагностику заболевания, а на определение риска его развития путем оценки физических возможностей человека [5].

Формальное обучение и личный опыт научно обоснованных вмешательств в образ жизни, таких как растительное питание, управление стрессом, физическая активность, управление сном, навыки взаимоотношений и смягчение последствий злоупотребления психоактивными веществами, изменяют нашу систему здравоохранения. Медицина образа жизни уникально подходит для межпрофессионального образования, где студенты из двух или более



медицинских профессий учатся вместе на протяжении всей или части своей профессиональной подготовки с целью культивирования совместной практики для обеспечения ухода, ориентированного на пациента [6].

Результаты и их обсуждение. Исходя из вышеизложенного анализа, можно сделать вывод, что для преодоления проблем, препятствующих проведению реабилитационных мероприятий и получения максимальной пользы при минимальных затратах необходимо разработать новые фундаментальные подходы к процессу восстановления здоровья, а также физического, психологического и социально-профессионального статуса людей с тяжелыми заболеваниями или травмами.

К сожалению, эта задача до конца не решена, но имеющийся опыт и научные исследования помогли определить наиболее правильные концепции реабилитации с точки зрения сегодняшнего дня, благодаря которым она успешно реализуется на практике. Программный подход предусматривает, что в каждом конкретном случае необходимо разработать план или программу восстановления человека после перенесенной патологии [7].

В принципе, такие программы разрабатываются и рекомендуются к реализации для каждой нозологической формы.

Выводы. Очевидны доказательства того, что организм излечится сам, когда будут устранены факторы, вызывающие болезнь. Такие заболевания, как сердечно-сосудистые заболевания и диабет 2 типа, которые когда-то считались необратимыми, были обращены вспять вмешательствами в образ жизни [8]. Вмешательство в образ жизни требует изменений поведения, которые могут быть сложными для медицинских работников, сообществ и пациентов. Задача практикующего ЛМ состоит в том, чтобы мотивировать и поддерживать здоровые изменения поведения. Обучение и поддержка людей, как готовить здоровую пищу в домашних условиях, например, может быть частью ориентированной на образ жизни медицинской практики.

Существует много теорий изменения поведения, транстеоретическая модель (ТТМ) особенно подходит для медицины образа жизни. Он утверждает, что индивиды проходят шесть стадий изменения: предсозидание, созерцание, подготовка, действие, поддержание и прекращение. Согласованные по этапам вмешательства, скорее всего, приведут к успешным изменениям поведения. Практикующим медицину образа жизни рекомендуется применять такие методы консультирования, как мотивационное интервью (им), чтобы выявить готовность пациента к изменениям и обеспечить соответствующие этапу вмешательства в образ жизни [9].

Список литературы:

1. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П. Задачи восстановительной медицины по реализации современной концепции демографической политики РФ // «Восстановительная медицина и реабилитация 2008»: Мат. V Междунар. конгр.



Российского общества врачей восстановительной медицины (Москва, 29 – 30 сентября 2008 г.). – М., 2008. – С. 9.

2. Разумов А.Н. Состояние и перспективы развития восстановительной медицины в системе здравоохранения Российской Федерации // «Восстановительная медицина и реабилитация 2010»: Мат. VII Междунар. конгр. Российского общества врачей восстановительной медицины (Москва, 28 – 29 сентября 2010 г.). – М., 2010. – С. 101.

3. Нувахова М.Б., Одарущенко О.И., Кузюкова А.А. Рекреационное оздоровление в санаториях Литвы // Вестник восстановительной медицины. – 2019. – № 6 (94). – С. 63 – 65.

4. Одарущенко О.И., Самсонова Г.О., Нувахова М.Б. Клинико-психологические критерии диагностики актуального эмоционального состояния пациентов с цереброваскулярной патологией в практике стационара // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – № 1 (95). – С. 19 – 26.

5. Ачкасов Е.Е., Таламбум Е.А., Хорольская А.Б., Руненко С.Д., Султанова О.А., Красавина Т.В., Мандрик Л.В. Лечебная физическая культура при заболеваниях органов дыхания. – М.: Триада – Х., 2011. – С. 32 – 45.

6. Епифанов В.А. Восстановительная медицина: учеб. для вузов / В.А. Епифанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 304 с. ЭБС «Консультант студента».

7. Исакова Е.А. Нормативное определение понятий «медицинская реабилитация» и «санаторно-курортное лечение» / Е.А. Исакова // Научный форум. Сибирь. – 2017. – Т. 3, № 1. – С. 49.

8. Лечебная физическая культура и массаж: учебник. Епифанов В.А. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 528 с. ЭБС «Консультант студента».

9. Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация: учеб. для мед. вузов / Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 360 с.



УДК 614.2 617.3

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРАТИВНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ БОЛИ В СПИНЕ

Нувахова М.Б.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
реабилитации и курортологии»
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность темы. В настоящее время миллионы людей независимо от места жительства, возраста, пола и социального статуса одинаково мучают боли в спине [5]. Опасность данного факта заключается в том, что большинство пациентов являются трудоспособным населением, а в связи с болями не могут выполнять свою работу, жить полноценной жизнью, вынуждены брать больничные, тратить огромные средства на обезболивающее и врачей. Так же стоит отметить тот факт, что боли в спине после непродолжительной ремиссии имеют свойства возвращаться, и пациенты вынуждены снова и снова обращаться за помощью и прибегать к медикаментозному лечению, которое, к слову, не является безопасным для организма в целом и имеет свои побочные действия, поэтому в свете такого положения дел очень актуально рассматривать возможности интегративной и восстановительной медицины при боли в спине, поскольку данный вид медицины не подразумевает под собой только купирование боли медикаментами и рассчитан на длительный и стойкий эффект.

Цель исследования. Изучить современные возможности интегративной и восстановительной медицины при боли в спине.

Материал и методы. В статье рассматриваются основные возможности интегративной и восстановительной медицины при боли в спине. Описаны основные методы и их положительное влияние на здоровье пациентов, а также обоснованы преимущества интегративной и восстановительной медицины перед медикаментозной.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было установлено, что использование интегративной и восстановительной медицины при боли в спине может быть эффективнее и безопаснее, чем медикаментозное лечение, однако данные виды медицины не могут самостоятельно являться панацеей при различных видах боли в спине.

В данной статье отображены современные подходы к применению интегративной и восстановительной медицины при боли в спине.

При интегративной и восстановительной медицине человек рассматривается как единство духа, души и тела, существует взаимосвязь и взаимодействие между всеми органами и системами. Вот почему внимание обращается не только на позвоночник, но ищут причины нарушения его работы



в функциональных расстройствах в организме. Боль – это понятие клинически и патогенетически сложное и неоднородное. Она различается по интенсивности, локализации и по своим субъективным проявлениям. Боли в спине и шее ограничивают жизнедеятельность, снижают качество жизни пациентов, изменяют психику и поведение людей, более чем у половины пациентов, страдающих остеохондрозом позвоночника, имеются признаки хронического эмоционального напряжения.

Боли в спине бывают в основном 3 видов [7]: результат тяжелых или специфических заболеваний (опухоли, переломы, анкилозирующий спондилоартрит, стеноз позвоночного канала); ишиалгический синдром при поражении корешков спинного мозга и грыже межпозвоночного диска; неспецифические поражения.

Факторы риска: возраст более 50 лет; иммунодепрессии; терапия стероидными гормонами; алкоголизация, курение, наркомания; СПИД; травмы; эпизоды болей в пояснице в прошлом; атеросклероз распространенный; болезни мочевой и половой систем; гиподинамия; повышенная масса тела.

Цели интегративной и восстановительной медицины терапии: разрешение или уменьшение острой симптоматики; уменьшение воспалительных изменений; улучшение качества жизни. Прогноз неблагоприятен при системных и опухолевых поражениях; прогноз оптимистичен при наличии функциональных и обратимых изменений.

Интегративную медицину сегодня вполне заслуженно называют «мостом, объединяющим западную и восточную медицинские системы». Интегративная, значит - «обобщающая, объединяющая». **Интеграция** традиционной и нетрадиционной медицины не является самоцелью, это лишь инструмент для того, чтобы наконец прийти к системному подходу в диагностике и лечении.

Отсутствие более или менее полной теории, описывающей соотношения вариантов телесного недуга с изменениями душевного, психо-эмоционального состояния и сдвигов в квантово-волновых характеристиках организма человека приводит к приоритетному применению с лечебной целью чужеродных веществ (фармакологических средств), обладающих широким спектром побочных эффектов.

При этом нельзя не признать, что во многих случаях вред, наносимый организму биомедицинскими, медикаментозными методами лечения, может значительно превысить пользу от такого убойного «оздоровительного» процесса. И вопрос о том, как компенсировать этот вред, а, по возможности, и вовсе избежать его с помощью дополнительного применения альтернативных медицинских принципов и практик – оказался на гребне актуальности.

И как вариант решения – появилась идея объединить комплементарную медицину и современные научные технологии, существующие в рамках ортодоксальной медицины. Эти две системы не стоит противопоставлять. Они должны комплексно и многосторонне воздействовать на пациента, создавая условия для достижения наилучшего результата лечения. Лечебные воздействия



на человека должны предполагать сочетания разных методов, и тогда лечение оказывается наиболее эффективным. Так возникла концепция интегративной медицины («интеграция» - включение равного в сообщество), которая выведет из кризиса академическую медицину и станет медициной будущего. Интегративная медицина – современное направление науки и практической деятельности, сочетающее в себе современные достижения науки и многотысячелетнюю мудрость врачей и древних целителей [1].

Восстановительная медицина стала самостоятельной областью сравнительно недавно. К основным функциям данной области медицины можно отнести: повышение уровня здоровья человека; восстановление функциональных резервов организма; повышение качества жизни человека. Стоит отметить, что восстановление состояние человека после болезней в восстановительной медицине достигается за счет немедикаментозных методов лечения.

Основным объектом данной медицинской сферы является здоровый человек, а ее основной целью является недопущение снижения уровня его здоровья. Применяется восстановительная медицина на этапе выздоровления или ремиссии.

Восстановительная медицина направлена на активацию внутренних систем защиты человека. Это значит, что ее применение повышает сопротивляемость организма к негативным воздействиям, а также повышает функциональные резервы организма. Когда у тела возникает проблема, оно выражает ее в симптоме. Но симптом – это не болезнь, а указание на то, что в организме что-то работает неправильно. Именно поэтому при рассмотрении симптомов надо обращаться к источнику проблем. Только после его обнаружения и удаления можно вылечить человека. План лечения при интегративной и восстановительной медицине: проводится всесторонний анализ болезней позвоночника с гибкой индивидуальной терапевтической программой. Все начинается с комплексного диагноза, состоящего из медицинского обследования, диагностики деформации, лабораторных и визуальных исследований (при необходимости). Затем создается индивидуальная программа лечения для каждого пациента. Программа является гибкой и моделируется в соответствии с ответами вашего тела во время терапии и показаниями контрольных исследований. Методы являются научными и гуманными, они значительно дешевле по сравнению с обычными методами. Так, при болях в спине лучшим методом лечения остеохондрозных поражений позвоночника и его осложнений является мануальная терапия. Отличительной особенностью лечения под присмотром профессиональных врачей является то, что учитываются не только болевые синдромы спины, но и другие болезни пациента.

Также при боли в спине интегративная и восстановительная медицина предлагает многочисленные методики с использованием корпоральной, аурикулярной акупунктуры, фармакопунктуры, физиопунктуры, прогревание полынными сигаретами, поверхностное иглоукалывание, медицинские банки,



точечный массаж, а также комбинированные рефлексотерапевтические комплексы.

К примеру, в Литве присутствует масса возможностей для рекреации и оздоровления при различных заболеваниях, в том числе и болях в спине, создана обширная рекреационной инфраструктура. Реализация санаторно-курортного оздоровления проходит с максимальным применением природного потенциала Балтийского побережья и не дает осложнений хронических заболеваний, которыми чревато пребывание в регионах с резкими перепадами температуры или влажности, а также перегревом или переохлаждением [3].

При остром болевом синдроме заслуживает внимания баночный массаж и использование медицинских банок с кровопусканием. В таких случаях банки ставятся в триггерные зоны и болевые точки после предварительного раздражения пучком игл.

Современным и высоко эффективным рефлексотерапевтическим методом при вертеброгенных болевых синдромах является фармакопунктура.

Также при использовании интегративной и восстановительной медицины делают упор на то, что пациенты, с болями в спине должны приписывать себе ответственность за улучшение или ухудшение своего здоровья и поддерживать у пациента аффективную положительную оценку саморегуляции и самоконтроля в восстановительной терапии и реабилитации [4].

Также эффективным методом лечения боли в спине при ремиссии является лечебная физкультура [2,6].

Выводы. Боль в спине, является мультидисциплинарной проблемой, что подтверждается наличием различных подходов к выявлению источника боли и множества методов лечения этого состояния. Ни один из отдельно применяющихся методов хирургического, фармакологического, физического или психологического лечения боли не может сравниться по эффективности с многопрофильным подходом, когда все указанные методы взаимно усиливают друг друга.

Методы интегративной и восстановительной медицины являются важной составляющей комплексного консервативного лечения болей в спине. Физические факторы, рефлексотерапия, мануальные техники, лечебная физкультура являются методами базисной терапии болевого синдрома, которые направлены на различные звенья патогенеза заболевания, хорошо комплексуются между собой и с медикаментозным лечением, могут широко и эффективно использоваться в лечении вертеброгенного болевого синдрома как в острый период и на всех этапах реабилитации, так и с целью профилактики.

Список литературы:

1. Гончаров Д.И. Рефлексотерапия как способ лечения боли в спине / Д.И. Гончаров, О.И. Загорулько, Л.А. Медведева, А.В. Гнездилов // Вестник новых медицинских технологий. – 2015. – №1. – С. 54. Текст: электронный.



2. Нувахова М.Б. Назначение лечебно-физической культуры при заболевании опорно-двигательного аппарата. / М.Б. Нувахова // Физическая культура, спорт, наука и образование: Сб. мат. IV всеросс. науч. конф. ФГБОУ ВО «Чурапчинский государственный институт физической культуры и спорта». – Чурапча, 2020. – С. 86 – 90.

3. Нувахова М.Б. Рекреационное оздоровление в санаториях Литвы / М.Б. Нувахова, О.И. Одарущенко, А.А. Кузюкова // Вестник восстановительной медицины. – 2019. – № 6 (94). – С. 63 – 65.

4. Одарущенко О.И. Клинико-психологические критерии диагностики актуального эмоционального состояния пациентов с цереброваскулярной патологией в практике стационара / О.И. Одарущенко, Г.О. Самсонова, М.Б. Нувахова // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – № 1 (95). – С. 19 – 26.

5. Пурыгина М.Г. Физкультура для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата / М.Г. Пурыгина, Г.М. Бойко, М.П. Буянова // Молодой ученый. – 2019. – № 51 (289). – С. 479 – 480.

6. Фролова С.М. Лечебная физическая культура при заболеваниях опорно-двигательного аппарата / С.М. Фролова, Т.А. Андреенко // Наука – 2020. – 2018. – №7 (23). – С. 11 – 12.

7. Шостак Н.А. Болевой синдром в спине: современные подходы к терапии / Н.А. Шостак, А.А. Клименко // Клиницист. – 2015. – №2. – С. 36. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolevoy-sindrom-v-spine-sovremennye-podhody-k-terapii> (Дата обращения: 25.06.20).



УДК 614.2 617.3

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Нувахова М.Б.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
реабилитации и курортологии»
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность темы: в настоящее время достигнуты значительные успехи касательно понимания этиологии и патогенеза полинейропатии. Еще в недалеком прошлом проблема полинейропатии при сахарном диабете, онкологических заболеваниях или другой соматической патологии рассматривалась преимущественно в контексте соматоневрологии. Сегодня же достаточно четко сформировались такие направления в медицине, как нейроиммунология, нейроонкология, нейроэндокринология. Однако, многие вопросы остаются открытыми. До сих пор не разработаны эффективные алгоритмы восстановительного лечения полинейропатии. Даже в специализированных центрах, обладающих широкими диагностическими возможностями, в 25% случаев выявить причину полинейропатии (и, следовательно, провести этиотропное лечение) не удастся. Учитывая многообразие клинических проявлений, выходящих за рамки неврологии, в настоящий момент полинейропатии необходимо позиционировать как заболевание всего организма с преимущественной мультифокальной реализацией патологического процесса на уровне периферической нервной системы и разрабатывать эффективное восстановительное лечение.

Цель исследования: рассмотреть значение и эффективность восстановительного лечения при полинейропатии.

Материал и методы. В статье рассматриваются основные возможности восстановительного лечения при полинейропатии. Описаны основные методы и их положительное влияние на здоровье пациентов, а так обоснована эффективность восстановительного лечения.

Результаты и их обсуждение: в ходе исследования было установлено, что восстановительное лечение при полинейропатии может полностью излечить пациента от данного недуга, а также в будущем создать мощную профилактику для возникновения рецидивов.

В данной статье отображены современные подходы к применению восстановительного лечения при полинейропатии

Выводы: полинейропатия – это не отдельная болезнь, а группа патологических процессов, которые имеют одну этиологию. Причина тому – поражение периферических нервных волокон. По МКБ – 10 полинейропатии присвоены коды G60 – G64. Нервная система организма человека разделена на



2 части. Первая – это центральная нервная система, которая образована головным и спинным мозгом. Нервные отростки, берущие свое начало в головном и спинном мозге, распространяются в другие области туловища, в совокупности образуя периферическую нервную систему [3].

Если при нейропатии в поражение вовлекается один или несколько нервов периферической нервной системы, то полинейропатия характеризуется множественным диффузным поражением нервных отростков. Диагноз ставят в 2,4% случаев всех заболеваний нервов (у 2400 человек из 100 тыс. популяции) [1].

Благодаря периферической нервной системе (в комплексе с костным скелетом и некоторыми другими структурами тела) человек может выполнять различные движения. Если работа системы нарушена, ограничивается подвижность туловища и снижается чувствительность кожных покровов.

Сразу нужно учесть, что полинейропатия – это такое состояние, которое хоть и имеет одинаковую симптоматику в каждом конкретном случае, но возникает по различным причинам. Учитывая этиологию болезни, различают: воспалительную полинейропатию; травматическую; токсическую; аллергическую. В отдельный вид выделяют диабетическую полинейропатию, которая возникает как осложнение первичного заболевания (сахарного диабета).

Если не проводить восстановительное лечение заболевания на раннем этапе, постепенно в поражение вовлекаются все типы нервных отростков.

Полинейропатия в большинстве случаев развивается на фоне сахарного диабета. Это – второе по частоте осложнение болезни после диабетической нефропатии. Механизм поражения нервов обусловлен нарушением работы сосудов, которые участвуют в питании корешков, а также обменных процессов в миелиновой оболочке. По такой причине чаще выявляют симптомы полинейропатии ног.

Боли при диабетической полинейропатии и патологии другой формы имеют жгучий, колющий, стреляющий или режущий характер. У многих больных присутствует феномен аллодинии, когда боль возникает в ответ на стимул, который у здорового человека дискомфорт не вызывает. Например, боль в ногах при полинейропатии может проявляться даже при легком дуновении ветра [2].

Для постановки диагноза «полинейропатия», определения этиологии и формы болезни проводится комплексная диагностика. В первую очередь пациента опрашивают о давности возникновения симптомов, частоте и продолжительности. Выясняют, существует ли наследственная предрасположенность к заболеванию.

Лечение симптомов полинейропатии и устранение причины множественного поражения нервов проводится неврологом. Комплекс терапевтических мероприятий разделен на 3 группы:

– этиотропные лечебные мероприятия, направленные на ликвидацию причинного фактора;



–патогенетические, назначаемые с учетом механизма развития изменений в периферических нервах;

–симптоматические, позволяющие устранить вегетативные расстройства, боль при полинейропатии нижних или верхних конечностей, другие симптомы патологии.

Этиотропное лечение заключается в устранении фактора, который поспособствовал развитию болезни. Например, лечение полинейропатии конечностей алкогольной формы предусматривает прекращение приема спиртного, а при токсической нейропатии нужно прекратить воздействие вредных веществ на организм.

Патогенетическое лечение полинейропатии направлено на улучшение питания нервов, что позволяет восстановить работу корешков и, как следствие, избавить больного от клинических проявлений. За основу терапии взята лечебная физкультура, благодаря которой нормализуется доставка питательных веществ к нервам.

Рекомендуется ежедневно выполнять упражнения из ЛФК, назначенного врачом. Полезна утренняя гимнастика, 5-минутная разминка в течение трудового дня и зарядка в вечернее время.

Хорошая альтернатива лечебно-физкультурному комплексу при полинейропатии – напольные тренажеры с функцией вибрации, например, платформа PowerBoard. Если во время выполнения обычных упражнений работают изолированные мышцы, то при воздействии тренажером мышечный корсет в процесс вовлекается полностью.

Преимущество виброплатформы – меньшее время, отведенное для занятий. Например, на выполнение упражнений ЛФК нужно потратить час, а на работу с тренажером – 15 – 20 минут. Несмотря на высокую стоимость платформы, результат того стоит.

В комплексное лечение полинейропатии входит ручной массаж и массаж с использованием электромассажеров. Из всех разновидностей электрических приспособлений наиболее эффективными для снятия боли, вызванной полинейропатией, считаются поколачивающие и вибрирующие [6].

Поколачивающие устройства хорошо справляются с болевым синдромом в икроножных мышцах при полинейропатии. Вибромассажеры обладают менее выраженным действием и больше подходят для обработки твердых частей тела (стоп, спины, шеи и др.).

В спортивных магазинах можно найти специальные шлепанцы с игольчатой стелькой. Если болят ноги при полинейропатии, нужно ежедневно надевать шлепанцы и ходить в них по дому. Это позволит не только снизить интенсивность боли, но и улучшить чувствительность кожи.

Многочисленными отзывами доказана эффективность применения колючих массажных ковриков и аппликатора Кузнецова при полинейропатии.

Прогноз полинейропатии зависит не только от успешности проведенного лечения, но и от того, насколько пациент придерживается назначений врача в



реабилитационный период. В обязательном порядке нужно пройти восстановительные мероприятия.

Лечебный массаж. Мануальная терапия помогает улучшить кровообращение, восстановить обменные процессы и увеличить объем питательных веществ, поступающих к пораженному участку. Восстанавливается и эластичность мышечных волокон, которые вовлеклись в поражение. К примеру, в Литве присутствует масса возможностей для восстановительного лечения, так как там создана обширная рекреационной инфраструктура, реализация санаторно-курортного оздоровления проходит с максимальным применением природного потенциала Балтийского побережья и не дает осложнений хронических заболеваний (к примеру, сахарного диабета), которыми чревато пребывание в регионах с резкими перепадами температуры или влажности [4].

Физиотерапевтические процедуры. Врачи назначают лазеротерапию, магнитотерапию, ультразвуковое воздействие, парафино- или грязелечение, электрофорез с полезными веществами. Физиотерапия способствует улучшению кровотока, снижению интенсивности боли и восстановлению мышечных волокон.

Эрготерапия. Относительно новый метод реабилитации больных полинейропатией. Врач-реабилитолог в индивидуальном порядке разрабатывает алгоритм движений, которые человек задействует во время выполнения повседневных задач.

В восстановительный период после основного лечения полинейропатии нужно скорректировать рацион питания, включив в достаточном количестве продукты с содержанием витаминов группы В.

Полинейропатия – опасное заболевание, которое может привести к полной обездвиженности. Поэтому при первыхстораживающих симптомах нужно обратиться за консультацией к врачу, а не заниматься самолечением, также при восстановительном лечении должен делаться упор на то, что пациенты должны приписывать себе ответственность за улучшение или ухудшение своего здоровья [5].

Таким образом, установлено, что вылечить полинейропатию в современном мире возможно, этому способствует восстановительное лечение, обилие медицинских препаратов, организованных занятий ЛФК и физиотерапии. Также восстановительное лечение в будущем создаст мощную профилактику для возникновения рецидивов.

Список литературы:

1. Емельянова А.Ю., Зиновьева О.Е. Патогенез и лечение полиневропатий: роль витаминов группы В // Эффективная фармакотерапия. – 2015. – № 40. – С. 44.



2. Курушина О.В., Барулин А.Е., Черноволенко Е.П. Алкогольная полинейропатия: пути диагностики и терапии // Медицинский совет. – 2019. – №1. – С. 32.

3. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 688 с.

4. Нувахова М.Б., Одарущенко О.И., Кузюкова А.А. Рекреационное оздоровление в санаториях Литвы // Вестник восстановительной медицины. – 2019. – № 6 (94). – С. 63 – 65.

5. Одарущенко О.И., Самсонова Г.О., Нувахова М.Б. Клинико-психологические критерии диагностики актуального эмоционального состояния пациентов с цереброваскулярной патологией в практике стационара // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – № 1 (95). – С. 19 – 26.

6. Пирадов М.А., Супонева Н.А., Гришина Д.А. Полинейропатии: алгоритмы диагностики и лечения. – М.: Горячая линия - телеком, 2019. – 248 с.



УДК 376.3

ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ КАК НОРМА РЕГУЛИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Оськин Д.Н., Крестьянинова О.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова»

Ресурсный учебно-методический центр по обучению инвалидов и лиц
с ограниченными возможностями здоровья
г. Рязань, Российская Федерация

Актуальность темы. Развитие здравоохранения в Российской Федерации манифестирует персонализацию в здравоохранении и медицинском образовании. Неотъемлемой частью процесса персонализации является учет потребностей лиц с инвалидностью. Антигуманистическая, исключая инвалидов из общества, модель признана пережитком – модель инклюзивного образования и здравоохранения, являющаяся естественным этапом развития гуманистического общества, приходит ей на смену и является сферой разработки отраслевого Ресурсного центра.

Цель исследования. Элементами-участниками развивающейся системы инклюзивного здравоохранения являются доступные для лиц с инвалидностью физические, информационные, коммуникационные и операционные составляющие, что в совокупности представляет средовую доступность услуг. Реализуемый в соответствии с концепцией своего развития комплексный подход к системе инклюзивного здравоохранения начинается с работы по устранению физических барьеров в получении услуг здравоохранения.

Материал и методы. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 июля 2018 г. № 417 на базе Рязанского государственного медицинского университета был создан отраслевой Ресурсный учебно-методический центр по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – Ресурсный центр). Целевая сфера деятельности Ресурсного центра, изначально исходящая из цели государственной политики Российской Федерации в сфере развития доступности качественного образования, с течением времени была качественно расширена в связи с глубинным пониманием сущности медицинского образования, а именно непрерывности совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников.

Результаты и их обсуждение. Актуальность разрабатываемых моделей подтверждается современной общественной ситуацией в нашей стране: 24 марта 2020 г. Всероссийский центр изучения общественного мнения представил данные о важности для россиян конкретных поправок, планируемых к внесению



в Конституцию Российской Федерации. Среди конкретных поправок, предложенных для оценки, наиболее важной россияне считают обеспечение доступности и качества медицинского обслуживания со стороны государства (95% опрошенных).

Отсутствие конкретных требований в разработанной на данный момент нормативной правовой базе в сфере обеспечения доступности для лиц с инвалидностью объектов системы здравоохранения и предоставляемых услуг в сфере охраны здоровья, а также оказания им при этом необходимой помощи, выявляет необходимость создания нормативного документа, устанавливающего минимальные функциональные и технические требования по организации обслуживания лиц с инвалидностью с учетом всех аспектов доступности медицинских услуг для данной категории пациентов. Такой документ должен определять его собственную отраслевую применимость, степень обязательности применения, контроль за выполнением требований. Данный нормативный документ должен устанавливать общие нормы, правила, характеристики, направленные на достижение упорядочения в создании безбарьерной среды при оказании медицинских услуг населению с инвалидностью. Исходя из вышеуказанного, Ресурсным центром был разработан проект отраслевого стандарта "Услуги в учреждениях здравоохранения. Требования к обслуживанию маломобильных пациентов". Основной целью указанного отраслевого стандарта является определение основных методических подходов к работе по обслуживанию лиц с инвалидностью, требующих особых условий оказания медицинских услуг в учреждениях здравоохранения.

Указанные в проекте стандарта требования применяются при проведении мероприятий по совершенствованию доступности действующих объектов, которые в силу своих особенностей не могут быть полностью приспособлены для нужд пациентов с инвалидностью.

При разработке проекта указанного документа Ресурсный центр опирался на основные положения Федерального закона Российской Федерации от 3 мая 2012 г. № 46 «О ратификации Конвенции о правах инвалидов», Федерального закона Российской Федерации от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", гарантирующими инвалидам право на получение медицинских услуг, в том числе обеспечение доступа к объектам социальной сферы и предоставления в доступной форме необходимой информации, в том числе на официальных сайтах учреждений здравоохранения в сети Интернет. Ресурсный центр полагает целесообразным проводить работу совместно с представителями общественных организаций инвалидов, содействующих повышению доступности качественных медицинских услуг. Для установления требований к действующим объектам медицинских организаций, их вспомогательным подразделениям, обеспечивающим медицинский процесс, обеспечивающим удовлетворение потребностей маломобильных граждан в



медицинском обслуживании проект стандарта был рассмотрен и согласован Всероссийским обществом глухих и региональным отделением Всероссийского общества слепых.

В указанном проекте стандарта представлен подход, направленный на формирование безбарьерной среды в учреждениях здравоохранения. Для его реализации в структуре документа выделены разделы, устанавливающие требования к доступности к следующим основным функциональным зонам и элементам учреждений здравоохранения: медицинскому городку (или больничному комплексу), парковкам автотранспорта, зонам обслуживания, структурным отделениям, информационно-навигационным системам на путях движения пациентов, пандусам. Кроме этого, рассмотрены вопросы подготовки персонала для обслуживания пациентов с инвалидностью.

Ресурсный центр в соответствии с концепцией своего развития и современным состоянием общественного здравоохранения учитывает то, что доступность медицинских услуг – это не только доступность по критериям функциональных зон и элементов. Это еще и ее непредвзятость, нестигматизированность, психологичность и инклюзивность, то есть доступность для всех категорий населения.

Выводы. Несомненно, что от качества подготовки медицинских кадров зависят перспективы здравоохранения, а в современных условиях стремительно развивающейся сферы оказания медицинских услуг, повышения конкурентоспособности отечественного здравоохранения, возможности формирования индивидуальной образовательной траектории при получении непрерывного медицинского образования развитые компетенции и коммуникативные навыки – то, что качественно выделяет специалиста отрасли. Перспективность отечественного здравоохранения, на наш взгляд, опирается на цели развития здравоохранения, в частности, развитие качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации [1].

Список литературы:

1. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 г., утв. Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254.



УДК 616.361-008.6-537.36-085.828

ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Паньков О.А.¹, Матвиенко В.В.¹, Фролков В.К.²,
Жернов В.А.², Зубаркина М.М.²

Филиал № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя
им. А.А. Вишневого¹

Российский университет дружбы народов
Медицинский институт²

Кафедра анестезиологии и реаниматологии
с курсом реабилитационной медицины

Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность темы. В последние годы доказана терапевтическая эффективность мягких мануальных (остеопатических) техник при лечении заболеваний неврологического профиля, опорно-двигательного аппарата, болевого синдрома [1,2,3], тогда как применению этих техник при лечении соматических заболеваний посвящены единичные исследования. В полной мере это относится и к лечению хронического бескаменного холецистита. Известна лишь одна работа [4], в которой обосновывается перспективность применения методов остеопатии для коррекции некоторых патогенетических реакций этого заболевания.

Цель исследования. Оценить эффективность применения мягких мануальных техник в комплексной терапии больных хроническим бескаменным холециститом с позиции доказательной медицины.

Материал и методы. Исследования проведены с участием 114 пациентов с хроническим бескаменным холециститом (по МКБ-10 шифр К.81.1. – холецистит без холелитиаза): 89 женщин и 25 мужчин в возрасте от 30-ти до 65-ти лет (в среднем $44,5 \pm 0,57$ года) с длительностью заболевания $11,6 \pm 0,13$ года. Больные находились в состоянии неполной ремиссии и затухающего обострения при наличии сопутствующих заболеваний, среди которых чаще все встречались гастриты и дуодениты, несколько реже, панкреатит и энтероколит.

Пациенты контрольной группы (n=57 человек) получали стандартную терапию по соответствующему протоколу и включала диету №5, которая обеспечивает щадящий режим для печени, стимулирует образование и выделение желчи, нормализует липидный и холестеринный обмен, при необходимости – желчегонные средства и массажные процедуры. Пациенты основной группы (n=57 человек) также получали стандартную терапию, однако массажные процедуры заменялись остеопатическими техниками, которые отличаются от стандартной мануальной терапии и сводятся к выявлению и



дальнейшей коррекции функциональных блоков. Приёмами висцеральной мануальной терапии диагностировали патобиомеханические изменения толстой кишки, поджелудочной железы, печени, желчного пузыря, которые затем корригировались. Сеансы мануальной терапии проводились два раза в неделю. Длительность сеанса в среднем 30 минут, общее количество сеансов – 6.

Каждый пациент проходил полное клиническое обследование, сдавал биохимические анализы, проводил дуоденальное зондирование до и после окончания лечения. Особое внимание уделялось симптомам хронического бескаменного холецистита, связанных с раздражением желчного пузыря, с сегментарными рефлексамии билиарной системы, рефлекторных болевых точек и зон. Выраженность каждого симптома оценивали в баллах: 0 – симптом отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – сильно выражен. В желчи порции «В» и «С» определяли концентрацию желчных кислот, билирубина, холестерина. В сыворотке крови пациентов контролировали содержание, билирубина, желчных кислот, холестерина, общего белка, активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы на биохимическом анализаторе «Hitachi-902» с использованием реактивов фирмы «Ruche». Кроме того, определяли концентрацию в крови холецистокинина радиоиммунным методом при помощи тест-системы производства Phoenix Pharmaceutical, Inc. (США).

При анализе полученных результатов применялись методы параметрической и непараметрической статистики с помощью пакета прикладных программ Statistica v. 10 (StatSoft) или иного признака в процессе лечения) применялся точный метод Фишера.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе мы сравнили особенности регресса клинических симптомов заболевания у пациенток контрольной и основной группы (табл. 1).

Таблица 1

Динамика клинических проявлений хронического бескаменного холецистита при различных методах лечения

Симптом	Динамика встречаемости симптома, %		Динамика выраженности симптома в баллах	
	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа
Болевой синдром	-21,0	-42,8**	-0,49±0,06	-1,01±0,12***
Боль при пальпации	-17,6	-28,0*	-0,32±0,03	-0,69±0,07**
Горечь во рту	-10,5	-24,6*	-0,65±0,06	-0,81±0,08*
Запоры	-17,5	-29,9*	-0,44±0,04	-0,62±0,06*
Тошнота	-10,4	-10,6	-0,45±0,04	-0,44±0,04
Вздутие живота	-15,7	-17,5	-0,51±0,03	-0,99±0,10***
Отрыжка	-15,8	-12,3	-0,21±0,02	-0,43±0,04**
Понос	-14,0	-14,8	-0,23±0,01	-0,25±0,02
Изжога	-10,5	-8,7	-0,19±0,01	-0,27±0,01*

Примечание: изменение частоты встречаемости признака оценивалось точным методом Фишера (* – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001).



Установлено, что основные различия касались динамики болевого синдрома, отчетливо видно преимущество стандартной терапии в сочетании с применением остеопатических процедур и по динамике параметров диспепсического синдрома.

Весьма значительные изменения были выявлены нами при анализе функционирования желчного пузыря и состава желчи при дуоденальном зондировании у пациентов основной группы, у которых применялись остеопатические техники лечения (табл. 2).

Таблица 2

Динамика выделения желчи и ее биохимии у различных методов лечения

Показатели	Контрольная группа	Основная группа
Выделение желчи		
Пауза, мин	8,50±0,18	8,93±0,20
	7,94±0,15*	7,39±0,14**
Количество, мл	78,9±0,94	81,9±0,76
	86,5±1,16**	92,7±1,03***
Выделение, мин	31,1±0,39	29,8±0,35
	32,0±0,41	27,0±0,31**
Сократительная функция	2,54±0,07	2,75±0,09
	2,73±0,13	3,43±0,14**
Желчь, порция В		
Билирубин, мг%	16,4±0,27	15,6±0,22
	17,7±0,35*	18,8±0,25**
Холестерин, мг%	269±11,9	241±10,3
	247±10,1	217±9,6*
Желчные кислоты, мг%	2215±30,3	2151±28,8
	2360±45,0	2396±34,9*
Холято-холестериновый индекс	8,24±0,21	8,93±0,26
	9,55±0,39*	11,0±0,37**
Желчь, порция С		
Билирубин, мг%	8,44±0,11	8,50±0,12
	9,25±0,18*	9,42±0,19*
Холестерин, мг%	179±8,6	169±8,1
	163±7,1	140±7,3*
Желчные кислоты, мг%	1203±14,7	1249±15,3
	1283±16,4	1368±17,8*
Холято-холестериновый индекс	6,72±0,16	7,39±0,19
	7,86±0,25*	9,41±0,23**

Примечание: в каждой клетке таблицы верхние значения – показатели до лечения, нижние – после лечения; надстрочными индексами отмечены достоверные различия показателя в процессе лечения (* – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001)



Установлено, что пауза сократилась на 2,5 минуты, количество выделившейся желчи увеличилось на 13,2% и приблизилось к нормальным значениям, сократилось время ее выделения почти на 3 минуты, что и обеспечило повышение сократительной функции желчного пузыря на 24,7%. Изменение состава желчи в обеих порциях отмечалось по всем показателям. Так, концентрация билирубина в порциях желчи «В» и «С» возросла соответственно на 17,2 и 20,5%, содержание жирных кислот выросло на 11,4 и 9,5%, уровень холестерина, наоборот, снизился на 10,0 и 17,1%, что привело к существенному увеличению холято-холестеринового индекса соответственно на 23,2 и 27,3%.

Положительные изменения в биохимии крови у больных основной группы были выражены примерно в равной степени, как и у пациентов контрольной группы, однако концентрация холецистокинина повысилась в большей степени – на 30,9%. Весьма интересным оказался факт наличие четкой корреляционной связи между повышением уровня холецистокинина в крови, регрессом болевого синдрома ($\rho = -0,39$; $p < 0,01$), диспепсического синдрома ($\rho = -0,62$; $p < 0,001$), увеличением холято-холестериновых индексов ($\rho = +0,51$; $p < 0,001$). Можно предположить, что этот гормон претендует на роль своеобразного центра корреляционной плеяды патогенетических реакций хронического бескаменного холецистита.

Отдельным вопросом, не входящим в сферу наших прямых интересов, явился известный факт более тяжелого течения патологического процесса у женщин, которые к тому же чаще болеют хроническим бескаменным холециститом. Установлено, что существенных, статистически значимых различий в эффективности лечения пациентов разного пола при применении стандартного метода лечения и его дополнения остеопатическими процедурами выявлено не было. Из этого следует вывод о том, что мягкие мануальные техники при лечении хронического бескаменного холецистита можно применять с одинаковой эффективностью, как у мужчин, так и у женщин.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о достаточно выраженном терапевтическом эффекте мягких мануальных техник при комплексной терапии больных хроническим бескаменным холециститом. Не вызывает сомнений, что предлагаемая методика лечения обеспечивает снижение литогенности желчи и, по-видимому, одним из центральных механизмов реализации лечебных эффектов является повышение продукции холецистокинина. Каким образом остеопатических техники реализуют свой терапевтический потенциал пока не ясно, хотя изменение моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря может быть следствием остеопатического воздействия на его мышечные структуры. С другой стороны, повышение секреции холецистокинина трудно объяснить с позиции коррекции функциональных блоков и эта проблема остается предметом дальнейших исследований.



Список литературы:

1. Мохов Д.Е., Марьянович А.Т. Остеопатия как доказательная медицина // Российский остеопатический журнал. 2013.– № 1 – 2 (20 – 21). – С. 138 – 154.
2. Иваничев Г.А. Мануальная медицина. – М.: Мед-пресс-информ. – 2005. – 486 с.
3. Соловей И.Г. Остеопатия. Миофасциальные, краниосакральные, мышечноэнергетические и другие техники. – Минск: Харвест, 2010. – 464 с.
4. Кузьмин В.А. Применение методов мануальной терапии в диагностике и коррекции вегетативных нарушений при дисфункциях желчевыводящих путей в условиях санатория. – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 132 с.



УДК 572.08+616.891

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

Папков В.Е.

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Кафедра интегративной и восстановительной медицины
г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) относится к специфическим нарушениям, имеющим явно выраженную эпидемиологическую природу. Эпидемиология обычно понимается как метод изучения статистической распространенности каких-либо явлений на единицу площади земной поверхности. Но природа ПТСР сама по себе имманентно эпидемиологическая. В связи с тем, что в зоне, подвергшейся некоторому чрезвычайному природному либо антропогенному воздействию распространенность этого типа расстройства приобретает тотальный характер вне зависимости от длительности и локации пребывания, пострадавших в зоне катастрофы либо военных действий, следует говорить о новой феноменологии антропологического плана.

Цель исследования. Изучить эпидемиологическую природу посттравматического стрессового расстройства как феномен антропологии.

Материал и методы. Психическое здоровье следует рассматривать как состояние благополучия, при котором человек реализует свой потенциал, справляется с обычными жизненными стрессами, продуктивно работает и вносит вклад в жизнь своего сообщества.

Состояние психического здоровья зависит от состояния экологического мира, окружающего человека в его существовании. Изменения экологических условий могут быть фактором, приводящим к нарушениям здоровья как в целом, так и его психической составляющей.

Результаты и их обсуждение. Любая чрезвычайная антропогенная ситуация, и, особенно, локальный военный конфликт (ЛВК), оказывает разрушающее действие на психическое здоровье населения [1]. При этом, распространенность нарушений психического здоровья на территориях, вовлеченных в зону антропогенной чрезвычайной ситуации (ЛФК), среди мирного населения составляет свыше 90%. В таком случае нужно говорить об эпидемии психических расстройств.

Эта феноменология эпидемиологической имманентности природы посттравматического стрессового расстройства была обнаружена у лиц, проживающих на территории ЛВК, действия чрезвычайного факторов (техногенного или природного), но не подвергнувшихся прямо стрессогенному



воздействию, а даже чаще всего находившихся на значительном удалении от самого эпицентра неблагоприятного воздействия.

Как показывает опыт, оказание квалифицированной помощи в сфере психического здоровья подавляющему количеству нуждающихся (близко 99%) недоступно: а) вследствие отсутствия достаточного количества соответствующих медицинских специалистов (расчитываемого в соответствии с регламентом мирного времени); б) вследствие того, что медицинские специалисты общего профиля сталкиваются с пациентами, у которых психические нарушения сопровождаются соматоформными расстройствами, при этом у врачей отсутствуют знания специфической направленности.

ПТСР на территории ЛВК по существу является антропологической проблемой, поскольку один из главных факторов его возникновения есть нарушения экзистенциального и личностно-социального планов. Иначе говоря, всех лиц, постоянно проживающих на территориях ЛВК, имеющих какую-либо соматическую патологию, следует рассматривать как психосоматических пациентов.

Поскольку нарушения психического здоровья выявляются у значительного числа жителей территории ЛВК, то представляется целесообразным приравнять статус лиц постоянного проживания на этой территории к статусу пациентов с установленными психическими нарушениями, а применение мер по превентивной реабилитации психического здоровья целесообразно осуществлять, минуя обращение к узким специалистам – психиатрам (спецификой работы которых является помощь лицам с «обычной» психиатрической патологией).

Практически каждый житель таких территорий, помимо острого стресса, находится под воздействием хронических стрессово-депривационных факторов, связанных с резким обеднением круга общения, как в личном (семейном), так и в профессиональном планах. Члены семей оказываются по разные стороны зоны разграничения, что обуславливает значительные идеологические и ментальные расхождения, порождая внутри семьи конфликтность, обуславливающую различные формы скрытой или открытой агрессивности, а также аутоагрессии. Как правило, обычные условия труда в условиях ЛВК модифицируются, вплоть до полной смены профессиональной специализации и отсутствия полной занятости. Свободное время, связанное с какими-то видами досуга, также претерпевает модификации. Общий уровень нетерпимости, включая социальные сети, резко повышается. Дружеские связи рвутся. При этом, новые социальные связи устанавливаются с большим трудом. Повышается роль факторов риска, связанных с алкоголизацией.

Особую сложность проблемам психики создает хронизация и аддитивность этих стрессово - депривационных моментов, в силу постепенного и длительного их нарастания, что, в свою очередь, не позволяет ни пациенту, ни контактирующим с ним «обычным» медицинским специалистам, работающим на соматическом уровне, обнаружить связь этих психосоматических расстройств



с окружающими условиями, так как их медленное нарастание оказывается за пределами восприятия как самих пострадавших, так и медицинских специалистов, оказывающих им помощь на уровне соматики.

Каждое соматическое расстройство у данных пациентов отягощено соответствующим фоном ПТСР [3]. Состояния, в мирное время, предполагающие положительный прогноз, в условиях ЛВК практически не поддаются точному прогнозированию.

Практически каждый житель регионов, находящийся в зоне действия чрезвычайной ситуации уже имеет в структуре психосоматического статуса те или иные проявления ПТСР, что, соответственно, может резко утяжелять как соматические заболевания, с соответствующим ухудшением прогноза, так и пограничные расстройства личности, с «внезапным» возникновением суицидального статуса.

В современных условиях, при присоединении коронавирусной инфекции на территории ЛВК, депривационные факторы, приводящие к созданию патогенных личностных структур ПТСР, сопровождаемых измененным фоном психосоматического статуса, приобретают дополнительные отягощения, обусловленные противоковидными мероприятиями.

Оказавшиеся в противоэпидемической изоляции, жители таких территорий оказываются в несравненно более сложной ситуации снижения социальных контактов, относительно более благополучных регионов мира.

И без того на порядок уменьшившийся социальный фон, приводящий к тотальному появлению ПТСР, в данном осложняющем контексте, провоцирует массовое распространение состояний психической дереализации и деперсонализации.

Социальные связи сводятся к тем немногим контактам, которые остаются на этих территориях и поддерживаются, как правило, средствами телекоммуникаций и социальных сетей. Перемещения в линиях разграничения, в таможенных пунктах, и так представляющих большую проблему, прекращаются из-за вводимых противоэпидемических мероприятий.

Возникает вторичный посттравматический стрессовый синдром, обусловленный прекращением не только социальных контактов, но и продолжающимся сужением площади территории личного перемещения.

Такой острейший депривационный статус требует антропологического подхода, основанного не только на «обычных» психотерапевтических процедурах, но и комплексной реконструкции внутреннего мира человека, что восстанавливает смысловые аспекты его экзистенции. По сути, речь идет о радикальном подходе, который можно обозначить как «новая жизнь» или «начать жить заново». Такая антропологическая проблематика воссоздания разрушенной экзистенции может быть осмыслена как в рамках методов гуманистической, смысловой, а также даэин – аналитической психотерапии.

В силу указанных причин начало реабилитации психического здоровья населения должно предполагать превентивный всеобщий – тотальный характер



и начинаться практически сразу же в момент возникновения чрезвычайной ситуации. И, соответственно, проводится всеми, без исключения, медицинскими и немедицинскими (психологи, социальные работники, педагоги и др.) специалистами, что, в свою очередь, должно предполагать организацию соответствующих мер по повышению уровня квалификации в области превентивной реабилитации психического здоровья на основе антропологического подхода, заключающегося в отношении к человеку как индивидуальной личности, с его особенным миром, и специфической экзистенцией.

Выводы. Поскольку, современный мир представляет собой территорию непрерывно перемещающихся антропогенных катастроф и чрезвычайных ситуаций, возрастает актуальность превентивности осуществления мер по реабилитации психического здоровья, повышению стрессоустойчивости и мобилизации психики и ее ресурсов [2].

В связи, с этим, целесообразным и востребованным является включение в образовательный процесс учебных заведений медицинского и немедицинского профиля различных уровней аккредитации и форм собственности учебного материала по мероприятиям, проводимым с целью превентивной реабилитации психического здоровья с учетом факторов, провоцирующих нарушения психического здоровья человека, что соответствует принципам антропологического подхода в сфере восстановления достойного человеческого существования.

Список литературы:

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства у пострадавших во время аварии на Чернобыльской атомной станции в 1986 г. / Ю.А. Александровский // Архив психиатрии. – 2011. – Т.17. – №1. – С. 7 – 11.
2. Коханов В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций (теория и практика) // В.П. Коханов, В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.
3. Сукиасян С.Г. Посттравматические стрессовые расстройства: медицинская и социально-психологическая проблема в Армении / С.Г. Сукиасян, М.Я. Тадевосян // Российский психиатрический журнал. – 2010. – №5. – С. 59 – 69.



УДК 616.89-056.34

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В., Застрожин М.С., Бузик О.Ж.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Московский научно-практический центр наркологии департамента
здравоохранения города Москвы»
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. За период с 2009-го по 2019-й годы, объем изъятого во всем мире кокаина вырос на 74% (1275 тонн), при этом рост производства за тот же период составил 50% [1]. По данным мониторинга Референс-центра, в Москве, выявляемость кокаина возросла с 0,5% в 2014-м году до 0,8% в 2018-м году. За последние 5 лет наблюдается рост потребления и выявления таких психостимуляторов как синтетические катиноны, доля которых в общем количестве положительных проб на психоактивные вещества (ПАВ) увеличилась в 10 раз, с 0,5% в 2014-м году до 5,1% в 2018-м г. [4]. Показатель общей заболеваемости зависимостью от психостимуляторов по России увеличился с 11,4 на 100 тыс.нас. в 2017-м году до 12,1 на 100 тыс.нас. в 2018-м году [6].

Персонализированная медицина – новый подход не только к лечению больных, но и к диагностике и профилактике заболеваний [3,5] на основе которого происходит развитие всей медицины и современной наркологии, в частности.

Цель исследования: изучение личностных и генетических особенностей пациентов с зависимостью от психостимуляторов и сочетанным употреблением других ПАВ.

Материал и методы. В исследование включались пациенты, проходящие стационарное лечение в клинике МНПЦ наркологии ДЗМ, с установленным диагнозом «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина» (F14.2 по МКБ – 10), «психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением других психостимуляторов» (F15.2 по МКБ – 10), «психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ» (F 19.2 по МКБ – 10, но при условии наличия зависимости от кокаина или других психостимуляторов), мужчины и женщины в возрасте от 18-ти до 50-ти лет, этнически русские. Все пациенты были проинформированы о научном исследовании и им было предложено подписать форму информированного согласия. Исследование одобрено Локальным Этическим Комитетом при ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (заключение от 22.02.2018 г.).



Критериями не включения в исследование являются:

- 1) психическое расстройство и/или эндогенная психическая патология (шизофрения, шизоаффективные психозы, биполярное расстройство, деменция, эпилепсия);
- 2) обострение неврологических, сердечно-сосудистых, почечных или печеночных болезней, открытая форма туберкулеза;
- 3) ВИЧ – инфекция.

Методы: клинико-психопатологический, анамнестические сведения от больных и их родственников, данные катамнестического наблюдения, результаты генотипирования, статистический.

Методика исследования темперамента и характера Р. Клонинджера (Temperament and Character Inventory, TCI-125) [2].

Результаты и их обсуждение. Больше всего оказалось больных с зависимостью от психостимуляторов, не употребляющие другие ПАВ (1-я группа, 74 человека – 24,2%). Количество больных с зависимостью от психостимуляторов и со сформированной зависимостью от каннабиноидов составило 67 человек – 22%, 2-я группа. В 3-ю группу (44 человека – 14,4%) вошли больные с зависимостью от психостимуляторов и сформированной зависимостью от опиоидов (метадон, героин). В 4-й группе – 48 пациентов (15,7%) употребляющие психостимуляторы сочетано с алкоголем. Пятую группу составили 45 пациентов (14,7%) которые наряду с систематическим употреблением психостимуляторов употребляли несколько ПАВ и у них была сформирована зависимость от нескольких ПАВ сразу. В 6-ю группу было включено 27 пациентов, которые наряду с зависимостью от психостимуляторов имели сопутствующую коморбидную психиатрическую патологию.

При анализе данных, полученных в результате опроса пациентов, включенных в исследование, при помощи опросника TCI – 125, было установлено, что во всех группах по характеристикам темперамента преобладает количество баллов по шкале «поиск новизны» (ПН), по сравнению со шкалами «избегание вреда» (ИВ), «зависимость от вознаграждения» (ЗВ) и «настойчивость» (НА) (табл. 1).

При исследовании характера при помощи опросника TCI – 125, по шкале «самонаправленность» (СН) наибольшие показатели наблюдались у больных 4-й группы (табл. 2). По-видимому, высокие показатели по данной шкале отражают хорошую адаптацию в профессиональной сфере, в этой группе было больше всего пациентов занимающихся предпринимательской деятельностью.



Таблица 1

Сравнение черт темперамента больных с зависимостью от психостимуляторов по шкалам опросника TCI – 125

	1 группа n=74	2 группа n=67	3 группа n=44	4 группа n=48	5 группа n=45	6 группа n=27	Достоверность различия (критерий Краскела-Уоллиса)
«Поиск новизны»	10,99± 3,33	12,32± 3,57	14,45± 2,93	12,83 ± 3,71	13,82 ±3,60	12,68 ±2,89	p<0,002
«Избегание вреда»	8,73± 4,12	7,94± 4,38	9,48± 3,43	9,64 ± 4,68	8,38 ± 3,26	7,96 ± 3,76	p<0,112
«Зависимость от вознаграждения»	8,32± 2,60	8,09± 2,96	8,20± 2,46	8,79 ± 2,80	7,59 ± 2,12	7,82 ± 2,34	p<0,442
«Настойчивость»	2,73± 1,22	2,83± 1,27	3,09± 1,20	2,91 ± 1,08	2,49 ± 1,27	2,61 ± 1,13	p<0,226

Таблица 2

Сравнение черт темперамента больных с зависимостью от психостимуляторов по шкалам опросника TCI – 125

	1 группа n=74	2 группа n=67	3 группа n=44	4 группа n=48	5 группа n=45	6 группа n=27	Достоверность различия (критерий Краскела-Уоллиса)
«Самонаправленность»	12,26± 4,82	12,65± 4,84	13,57± 5,86	14,34± 5,25	12,41± 5,39	13,43± 4,29	p<0,214
«Сотрудничество»	16,67± 3,24	16,52± 3,93	14,43± 4,02	15,13± 4,05	15,05± 3,82	15,43± 3,13	p<0,05
«Трансцендентность Я»	8,01± 3,51	8,48± 3,54	8,52± 2,61	7,34± 3,36	7,23± 3,25	10,00± 3,88	p<0,02



По шкале «сотрудничество» (СТ) максимальные показатели наблюдались у пациентов 1-й и 2-й группы. Высокие показатели по данной шкале отражают принятие больными проблем, связанных с употреблением наркотиков. Пациенты из этих групп быстрее осознавали необходимость длительного, поэтапного лечения в условиях стационарной реабилитации. И действительно, в данных группах было наибольшее количество больных, прошедших стационарную реабилитацию (до 71%), а также больше всего пациентов, достигших ремиссий от 6-ти до 12-ти месяцев (до 81%).

По шкале «трансцендентность Я» (ТЯ) наибольшие показатели наблюдались у пациентов 6-й группы. Высокие показатели по данной шкале, по мнению ряда авторов, указывают на психическую патологию, связанную с расстройством личности, параноидальным типом мышления, расстройствами настроения и суицидальным поведением [7].

Гипотеза о влиянии полиморфизма гена, кодирующего нейротрофический фактор BDNF, на эффективность реабилитационных мероприятий подтвердилась после анализа данных генотипирования. Было установлено, что во всех группах больше всего пациентов с гомозиготным (GG) генотипом гена, кодирующего BDNF. Пациенты с гомозиготным генотипом (GG) гена BDNF дали наиболее продолжительные ремиссии во всех группах. Достоверно больше всего больных с гомозиготным генотипом (GG) гена BDNF и длительностью ремиссии от 6-ти до 12-ти месяцев было среди пациентов 1-й группы (рис. 1).

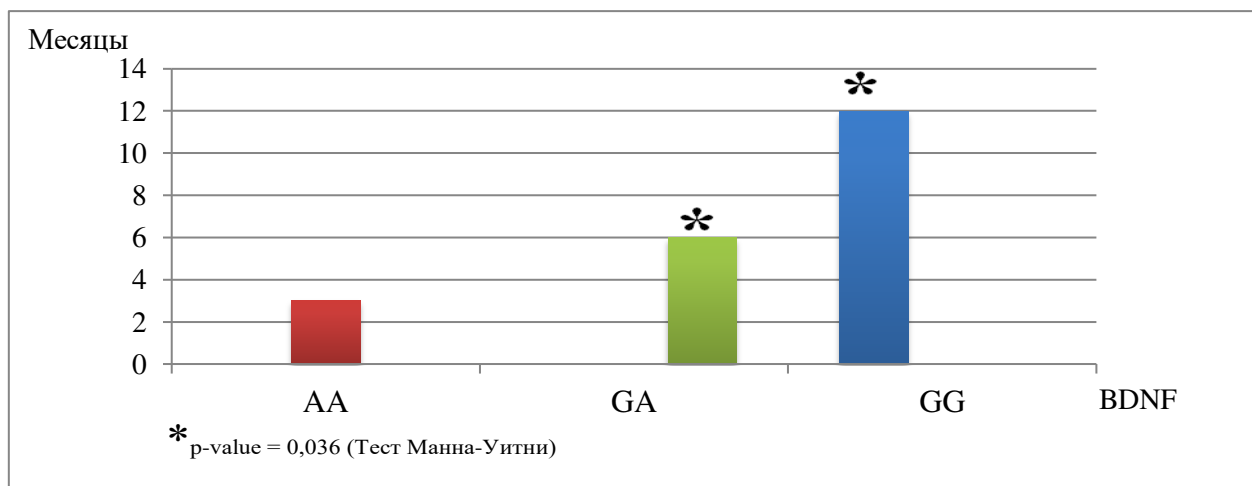


Рис. 1 Длительность лечения и реабилитации в зависимости от полиморфизма гена BDNF у пациентов 1 группы

Выводы. В результате исследования можно выделить клинко-генетические профили пациентов с определенными параметрами по клиническому, личностным и генетическим составляющим: Первый профиль составили пациенты со следующими клиническими показателями: зависимость



только от психостимуляторов, отсутствие коморбидного расстройства личности. У пациентов этого профиля при анализе темперамента, согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще встречались низкие или средние показатели по шкале «поиск новизны» и низкие показатели по шкалам «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения» и «настойчивость» (по опроснику TCI – 125). Эти характеристики определяют личность с преобладанием шизоидных черт. При анализе характера, согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще преобладают высокие показатели по шкале «сотрудничество», средние по шкале «самонаправленность» и низкие по шкале «трансцендентность Я» (по опроснику TCI – 125). Наличие высокой внушаемости и умения сотрудничать, помогли данным пациентам быстрее адаптироваться к лечебно-реабилитационному процессу. Низкая «трансцендентность Я» у больных этого профиля говорит об их низкой духовности, сложностях идентификации себя как части единого целого. Генетические составляющие профиля этих пациентов: статистически достоверное преобладание гомозиготного (GG) генотипа гена rs6265, кодирующего BDNF. Эти генетические особенности, также, как и личностные характеристики данных пациентов соотносятся с полным прохождением курса лечебно-реабилитационных мероприятий и более длительной ремиссией у данных больных, чем у пациентов других профилей. При этом для пациентов первого профиля была одинаково эффективна как стационарная, так и амбулаторная реабилитация.

Второй профиль характеризует пациентов со следующими клиническими показателями: пациенты с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и других ПАВ (каннабиноиды, опиоиды, алкоголь и их сочетания) с наличием коморбидного расстройства личности – диссоциальное расстройство личности (F60.2 по МКБ – 10). У пациентов этого профиля при анализе темперамента, согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще встречались высокие показатели по шкале «поиск новизны» и низкие показатели по шкалам «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения» и «настойчивость» (по опроснику TCI – 125). При анализе характера, согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще преобладают средние или низкие показатели по шкале «сотрудничество», высокие по шкале «самонаправленность» и низкие по шкале «трансцендентность Я» (по опроснику TCI – 125). Специалистам требовалось приложить максимум усилий для удержания пациента в лечебно-реабилитационной программе. Низкая «трансцендентность Я» говорит об их низкой духовности. Генетические составляющие профиля этих пациентов: гетерозиготный (GA) или гомозиготный (AA) генотип гена rs6265, кодирующего BDNF, вместе с расстройством личности у данных пациентов, соотносился с короткими ремиссиями. У пациентов второго профиля была эффективна только стационарная реабилитация с усиленным мотивационным воздействием.



Третий профиль составили пациенты со следующими клиническими показателями: зависимость только от психостимуляторов и наличие коморбидной психиатрической патологии (по МКБ – 10). У пациентов этого профиля при анализе темперамента, согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще встречались высокие показатели по шкале «поиск новизны» и низкие показатели по шкалам «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения» и «настойчивость». Высокий «поиск новизны» у данных больных отражается в их нестабильном психическом состоянии и стремлении пациентов стабилизировать его. Для этого их энергетический потенциал направлен на поиск ПАВ. Для больных была характерна сниженная критика к своему состоянию и заболеванию. Для пациентов была характерна низкая привязанность к социальному окружению и сниженная работоспособность. При анализе характера, согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще преобладают средние показатели по шкале «сотрудничество», средние по шкале «самонаправленность» и высокие по шкале «трансцендентность Я». Пациенты с подозрительностью и недоверием относились ко всему новому, отличались сниженным самоконтролем и саморегуляцией своего поведения к изменяющимся внешним условиям. Данным больным требовалась активная помощь специалистов для адаптации к лечебно-реабилитационному процессу. Высокая «трансцендентность Я» у больных данного профиля говорит о наличии сопутствующей психиатрической патологии. Генетические составляющие профиля этих пациентов: гетерозиготный (GA) или гомозиготный (AA) генотип гена rs6265, кодирующего BDNF, вместе с психиатрической патологией у данных пациентов, соотносился с короткими ремиссиями. У пациентов третьего профиля была эффективна только стационарная реабилитация. Также все пациенты получали фармакотерапию антидепрессантами и/или нормотимиками.

Список литературы:

1. Всемирный доклад о наркотиках. 2019. URL: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_R.pdf (Дата обращения: 24.07.2020).
2. Ениколопов С.Н. Исследование психологических характеристик девиантного поведения с помощью биосоциальной методики – структура характера и темперамента (ТСІ – 125) и методики выявления степени выраженности шизотипических черт (SPQ – 74) / Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г. // Ежегодник российского психологического общества. Психология в системе наук (междисциплинарные исследования). – 2002. – №. 9(1). – С. 92.
3. Кукес В.Г. Персонализированная медицина в клинической фармакологии / В.Г. Кукес // Биомедицина. – 2010. – №3. – С. 22 – 25.
4. Мониторинг потребления психоактивных веществ в Москве: аналитический обзор / О.Ж. Бузик [и др]. – Москва. – 2019. – С. 21 – 22.
5. Пальцев М.А. Персоналифицированная медицина / М.А. Пальцев // Наука в России. – 2011. – №1. – С. 12 – 17.



6. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ в Москве в 2017-2018 годах: статистический сборник (аналитический обзор) / С.Г. Копоров [и др]. – Москва. – 2019. – С. 12 – 17.

7. Cloninger CR. Anxiety proneness linked to epistatic loci in genome scan of human personality traits / CR. Cloninger, P. Van Eerdewegh, A. Goate, HJ Edenberg, J Blangero, V Hesselbrock et al. // American Journal of Medical Genetics.1998. – 81 (4). – P. 313 – 317.



УДК 378.016:796.071.4:613:37.026.9

ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Прихода И.В., Неживова Е.Г., Петровская Т.В., Юрченко А.Г.

Государственное образовательное учреждение высшего образования
«Луганский государственный педагогический университет»

Кафедра адаптивной физической культуры и физической реабилитации
г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. В настоящее время перед системой высшего образования Луганской Народной Республики, находящейся в сложном периоде своих сущностно-смысловых и структурно-содержательных преобразований в условиях общественной глобализации XXI века, чрезвычайно актуальной является проблема такой организации учебно-воспитательного процесса, ведущей стратегией которой является ориентированность на профессиональную подготовку компетентных, способных к эффективной работе, профессионально мобильных и конкурентоспособных на рынке труда будущих специалистов [1].

В условиях катастрофического ухудшения состояния здоровья населения особую актуальность приобретают вопросы, связанные с оптимизацией отечественной системы профессиональной подготовки будущих специалистов по адаптивной физической культуре [5,6]. А учитывая то обстоятельство, что адаптивная физическая культура является достаточно новым направлением в учебно-воспитательном, научно-практическом и профессионально-прикладном сегментах системы высшего образования Луганской Народной Республики (профессиональная подготовка специалистов по этому направлению ведется с 2017 г.), актуальность вышеперечисленных проблем приобретает первостепенное значение [4,6].

Цель исследования. Определить и рассмотреть основные условия эффективности здоровьесберегающей деятельности будущих специалистов по адаптивной физической культуре.

Материал и методы: аналитический обзор нормативно-правовой документации и научно-методической литературы; педагогическое наблюдение за студентами; теоретический и практический анализ и синтез.

Результаты и их обсуждение. Профессиональная подготовка будущих специалистов по адаптивной физической культуре к здоровьесберегающей деятельности представляет собой сложную, целенаправленную динамическую систему, которая строится на основе комплекса методологических подходов и обеспечивает формирование компетентного специалиста новой генерации, профессионально подготовленного для осуществления здоровьесберегающей деятельности и конкурентоспособного на современном рынке оздоровительно-реабилитационных услуг [4,7].



При этом нет сомнений, что первой и главной составляющей профессиональной подготовки будущих специалистов по адаптивной физической культуре является комплексная теоретико-методологическая, научно-практическая и профессионально-прикладная деятельность, направленная на восстановление, сохранение и укрепление здоровья – здравотворческая деятельность [4,7].

Раскроем сущность и смысл понятия «здравотворческая деятельность».

Т.Ф. Орехова толкует понятие «здравотворческая деятельность» как деятельность, имеющая широкие возможности в плане индивидуального личностного развития: валеологизации мышления, развития сенсорной, двигательной, эмоционально-волевой, мотивационной сфер [2,3]. По мнению автора, сама по себе здравотворческая деятельность также весьма разнообразна: медико-профилактическая, санитарно-гигиеническая, рекреационно-реабилитационная, физкультурно-оздоровительная, спортивно-массовая, психолого-педагогическая, социально-культурная, духовно-нравственная и др. [2,3].

Здравотворческая деятельность рассматривается нами как специфическая форма человеческой активности, направленной на формирование здорового образа жизни и обеспечивающая полное биосоциальное функционирование индивида, его физическую, психическую, духовную и социальную работоспособность, достаточную адаптацию к природным воздействиям и изменчивости внешней среды [4,7].

Структура здравотворческой деятельности будущего специалиста по адаптивной физической культуре, в соответствии с образовательно-квалификационной характеристикой, разработанная нами, включает:

- 1) формирование ценностных ориентаций и мотивов совершения здравотворческой деятельности;
- 2) определение целей и задач здравотворческой деятельности;
- 3) прогнозирование и антиципацию результатов здравотворческой деятельности;
- 4) программирование и планирование здравотворческой деятельности;
- 5) построение научно-информационной основы здравотворческой деятельности;
- 6) принятие и выполнение решений в профессиональной деятельности, направленной на здравотворчество;
- 7) организацию и осуществление здравотворческой деятельности, ее контроль и регулирование;
- 8) организацию медицинского и педагогического контроля за эффективностью и безопасностью проведения и результатами здравотворческой деятельности;
- 9) оценку и подведение итогов здравотворческой деятельности;



10) разработку новых перспектив, повышение уровня профессионального мастерства и творчества в вопросах восстановления, сохранения и укрепления здоровья [4,7].

Профессиональная подготовка будущих специалистов по адаптивной физической культуре к здоровотворческой деятельности рассматривается нами как целенаправленный процесс приобретения студентами способности осуществлять на всех этапах – от планирования до реализации – профессионально организованную деятельность по восстановлению, сохранению и укреплению здоровья различных социально-демографических групп в оздоровительно-реабилитационных заведениях и учреждениях социальной защиты населения. Результатом является профессиональная готовность будущих специалистов по адаптивной физической культуре к здоровотворческой деятельности [4,7].

Определим и рассмотрим основные условия эффективности здоровотворческой деятельности будущих специалистов по адаптивной физической культуре. Это можно представить в виде следующей схемы (рис.1).

Среди основных условий эффективности здоровотворческой деятельности будущих специалистов по адаптивной физической культуре можно выделить 3 структурно-содержательных блока: здоровотворческая культура, здоровотворческое образование и здоровотворческая наука.

Здоровотворческая культура определяет здоровотворческие представления, убеждения, ценности, традиции и мораль, составляющие здоровотворческую ментальность, лежащую в основе здоровотворческой мотивации.

Здоровотворческое образование определяет здоровотворческие знания, умения, навыки и опыт, составляющие здоровотворческую компетентность, лежащую в основе здоровотворческой подготовленности.

Здоровотворческая наука определяет здоровотворческие исследования, открытия, апробации, внедрения и применение, составляющие здоровотворческую технологичность, лежащую в основе здоровотворческой инновационности.

А оптимальное в количественном и качественном аспектах соотношение здоровотворческой мотивации, здоровотворческой подготовленности и здоровотворческой инновационности определяет конечную эффективность здоровотворческой деятельности.

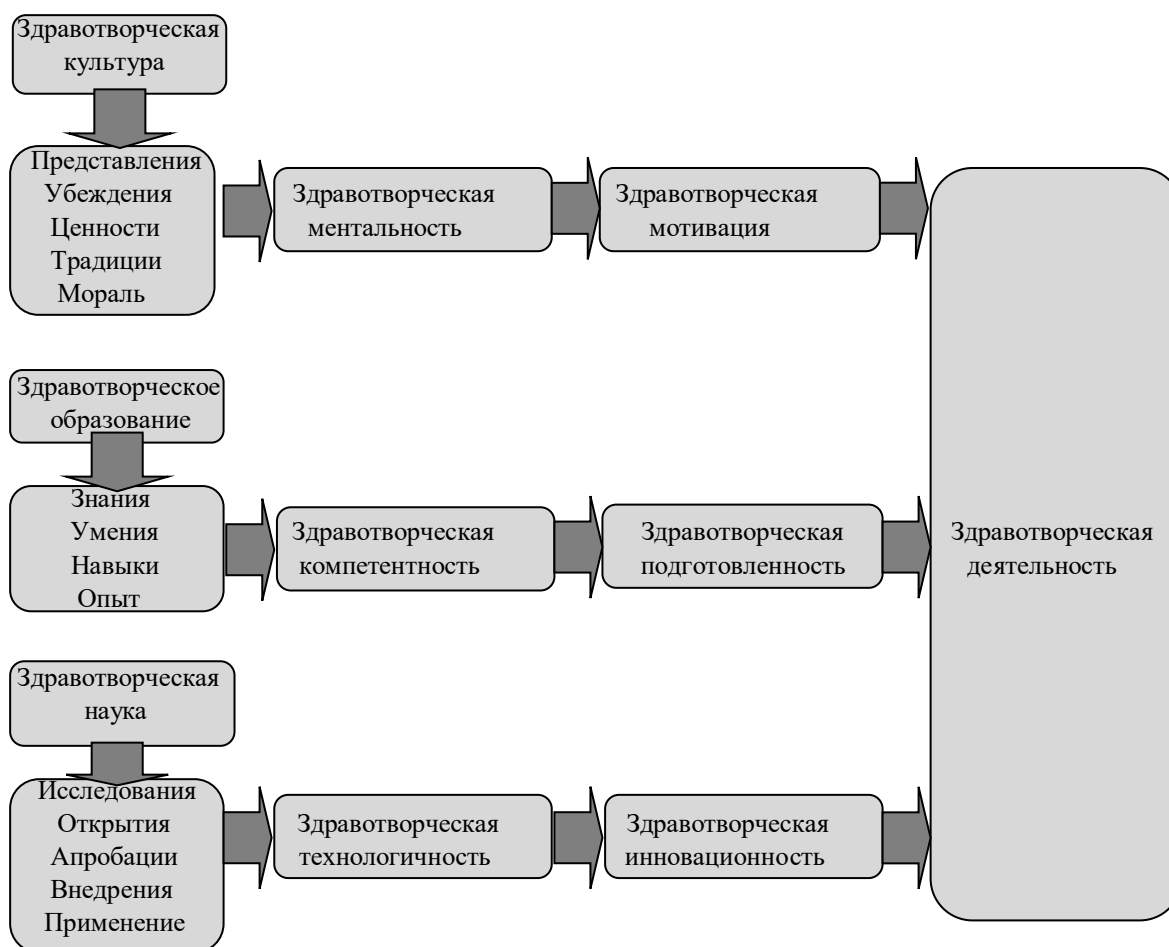


Рис. 1. Схематичное изображение основных условий эффективности здоровотворческой деятельности будущих специалистов по адаптивной физической культуре

Иным словами, будущий специалист по адаптивной физической культуре для осуществления эффективной здоровотворческой деятельности должен обладать здоровотворческой мотивацией (иметь желание), здоровотворческой подготовленностью (быть готовым) и здоровотворческой инновационностью (обладать возможностью).

Существует еще одно условие эффективности здоровотворческой деятельности (пожалуй, занимающее центральное положение среди остальных, ибо от него во многом зависят остальные условия) – финансово-экономическое обеспечение (финансово-экономические ресурсы), однако, оно лежит вне сферы теоретических и практических научно-педагогических и социально-культурных исследований и является объектом интереса других наук и научно-практических специальностей – финансов и кредита, бухгалтерского учета и аудита, экономики и предпринимательства и др.



Выводы. Первой и главной составляющей профессиональной подготовки будущих специалистов по адаптивной физической культуре является здоровьесберегающая деятельность.

Здоровьесберегающая деятельность является специфической формой человеческой активности, направленной на формирование здорового образа жизни и обеспечивающей полное биосоциальное функционирование индивида, его физическую, психическую, духовную и социальную работоспособность, достаточную адаптацию к природным воздействиям и изменчивости внешней среды.

Эффективность здоровьесберегающей деятельности определяется оптимальным в количественном и качественном аспектах соотношением здоровьесберегающей мотивации, здоровьесберегающей подготовленности и здоровьесберегающей инновационности.

Список литературы:

1. Закон Луганской Народной Республики «Об образовании» от 30.09.2016 № 128-П (с изменениями, внесенными законами Луганской Народной Республики от 10.11.2017 № 193-П, от 14.03.2018 № 214-П) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nslnr.su/zakonodatelstvo/normativno-pravovaya-baza/3606/>.

2. Орехова Т.Ф. Здоровьесберегающие педагогические технологии как фактор качества образования учащихся / Т.Ф. Орехова // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2013. – №1. – С. 299 – 304.

3. Орехова Т.Ф. Здоровьесберегающее образование в современной школе: актуальность и теоретико-практические основы / Т.Ф. Орехова // Научный результат. Серия: Педагогика и психология образования. – 2015. – Т.1. – №3(5). – С. 60 – 69.

4. Прихода И.В. Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура): новое направление в образовании, науке и практике / С.С. Кувалдина, Н.А. Бабурина, В.А. Стеценко, Д.О. Раденко, А.А. Лянцев // Акценты здоровья. – 2017. – №1 – 2. – С. 5 – 9.

5. Прихода И.В. Актуальность исследования проблемы формирования профессиональной готовности будущих специалистов по адаптивной физической культуре к здоровьесберегающей деятельности / И.В. Прихода // Образование Луганщины: теория и практика. – 2018. – №5. – С. 20 – 24.

6. Прихода И.В. Актуальные проблемы профессиональной подготовки будущих специалистов по адаптивной физической культуре в системе высшего образования: вопросы и задачи, ответы и решения / И.В. Прихода // Образование Луганщины: теория и практика. – 2018. – №6. – С. 19 – 25.

7. Прихода И.В. Профессиональная подготовка будущих специалистов по адаптивной физической культуре к здоровьесберегающей деятельности как психолого-педагогическая проблема / И.В. Прихода // Образование Луганщины: теория и практика. – 2019. – №1(8). – С. 20 – 27.



УДК616.89-008:612.67

ПРОБЛЕМА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Провоторова Н.В.

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Луганский государственный педагогический университет»
Кафедра психологии
г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность темы. Проблема психоэмоциональных расстройств у женщин в климактерическом периоде является одной из основных и активно изучается современными исследователями.

Климактерический синдром, проявляющийся нейровегетативными, психоэмоциональными и метаболическими нарушениями, формируется, по данным разных авторов, у 10 – 75 % женщин [5,8]. Значимое место в картине климактерического синдрома занимают психоэмоциональные расстройства – по литературным данным, от 50 до 70 % [2,3,6].

Цель исследования. Изучить проблему психоэмоциональных расстройств в период менопаузы и рассмотреть особенности коррекции психоэмоционального состояния женщин.

Материал и методы. Нами была создана программа реабилитации женщин с патологическими проявлениями климакса, направленной на улучшение их психического и соматического здоровья.

Программа состоит из нескольких этапов, каждый из которых включает в себя цикл занятий, имеющих схожую структуру. Отметим, что занятия состоят из психологической и соматической (наше название) части.

Первый этап – организационно - диагностический. Цель данного этапа – создание доверительной атмосферы и самораскрытия, а также диагностики своего психического и физического состояния.

На этом этапе происходит формирование цели, знакомство с правилами групповых занятий, озвучивание ожиданий от участия в занятиях. Основными психологическими методами являются психогимнастические упражнения, беседы, дискуссии, мини-лекции, психологические методики.

Для того чтобы настроить участниц на доверительное общение, сформировать у них мотивацию к данному виду деятельности предлагается ряд упражнений, которые способствуют групповой динамике, сплоченности группы, снимают напряжение, позволяют участникам раскрепоститься, дают возможность заряжаться положительными эмоциями и не уставать в течение дня.

Соматическая часть включает методы диагностики физического состояния, определение своего биологического возраста, знакомство с



направлениями, основы которых будут использоваться на занятиях. На данном этапе внимание уделяется общей физической подготовке с применением упражнений лечебной физкультуры и оздоровительной гимнастики. Также акцентируется внимание на особенностях физической нагрузки при менопаузе.

Отдельным бонусом для участниц является техники работы с лицом, осанкой, интимными мышцами.

Также этот этап включает подготовку к переходу на здоровое питание. Участников знакомят с особенностями питания при климаксе, питьевом режиме и пр.

Второй этап – мотивирующий. Его цель – формирование позитивного отношения к участию в занятиях, направленность на здоровый образ жизни.

Основные психологические методы: психогимнастические упражнения, анализ результатов обследования, арт-терапевтические упражнения.

В соматической части мы продолжаем упражнения первого этапа, добавляя элементы пилатеса, бодифлекса, стрейчинга, боди-балета.

Участники к этому времени уже замечают незначительные изменения, что мотивирует их заниматься усерднее и выполнять домашние задания.

Хорошим стимулом является фотографии до начала программы с тем, чтобы отследить изменения, которые произошли во время прохождения курса.

На мотивационном занятии вводятся небольшие комплексы с пояснениями логики выполняемых упражнений.

Третий этап – формирующий. Это самый продолжительный этап занятий. Общая цель этого этапа – формирование благоприятного психического и физического состояния пациентов.

Занятия начинаются с психологических упражнений, направленных на работу с эмоциональной и личностной сферой. Используются методы арт-терапии, телесно-ориентированной терапии.

В соматической части занятий уже более активно используются упражнения из пилатеса, бодифлекса, стрейчинга, боди-балета, йоги, танцевальной аэробики. В процессе занятий, участницы, осваивая методы работы с психикой и телом, выбирают тот, который им больше подходит для дальнейшего использования в домашних условиях или при выборе группы, в которой они будут заниматься после прохождения программы.

Четвертый этап – диагностический. Его цель – определение изменений в психическом и физическом состоянии. На этом этапе участникам занятий снова предлагаются методики, с помощью которых определяются психические и физические показатели состояния пациенток.

Результаты и их обсуждение. Необходимо отметить, что даже в медицинском сообществе нет единого мнения относительно определения патологичности климактерического периода. Согласно концепции В.М. Дильмана, климакс является одновременно и нормой, и патологией. С одной стороны, климакс является закономерным явлением в организме женщины, что демонстрирует нормальный физиологический процесс. С другой



стороны, климакс является стойким нарушением регуляции, что приводит к снижению жизнеспособности. Одной из главных проблем, связанной с менопаузой, является неверное представление о ней и, соответственно, неверный подход к лечению психосоматических проявлений. Многие исследователи признают, что климактерические симптомы определяются не только физиологическими изменениями в организме, но также их взаимодействием с окружающей средой [4,5,9]. Таким образом, можно предположить, что проблема менопаузы создается отрицательным отношением общества к старению в целом и к старению женщин, в частности. И это очень сильно влияет на психоэмоциональное состояние женщины.

На развитие психоэмоциональных расстройств в период менопаузы оказывает влияние: общее состояние здоровья женщины; наличие соматических и психических нарушений, которые могут быть характерными для данного возрастного интервала; влияние окружающей среды (сахарный диабет, атеросклероз, перенесенные в прошлом депрессивные эпизоды, тревожные расстройства и тому подобное).

Факторами, которые способствуют развитию психоэмоциональных нарушений у женщин в климактерическом периоде, являются психотравмы, стрессы, социальные факторы (семейное положение, материальная обеспеченность, взаимоотношения с детьми, мужем, друзьями), самоуважение, жизненная удовлетворенность, качество сексуальных отношений, психические расстройства в анамнезе и тому подобное [9]. Следует отметить, что социальные факторы могут либо способствовать адаптации женщины в переходный жизненный период, либо затруднять ее. Некоторые исследователи отмечали, что женщины, находящиеся дома с детьми, имеют меньшее количество симптомов, связанных с климаксом, а бездетные и разведенные женщины более склонны к развитию психических расстройств в период менопаузы [10]. Другие исследователи установили, что отсутствие сексуальной активности либо снижение интереса к сексуальным отношениям могут способствовать ухудшению психопатологической симптоматики [1].

Психологические реакции женщин на появление климактерических изменений могут быть разнообразными. Традиционно приближение климакса женщины встречают с тревогой, но больше половины женщин постепенно приспособляется к возрастным нейрогуморальным изменениям организма. Могут наблюдаться различные типы реакций: пассивный (когда женщина расценивает климакс как неизбежный символ старения) и гиперактивный (при котором наблюдается достаточно необоснованное усиление социальной активности и критическое, даже агрессивное отношение к жалобам других женщин такого же возраста). В любом случае реакция подразумевает стресс различной интенсивности, который неизбежно воздействует на психоэмоциональное состояние женщины.

Со стороны эмоциональной сферы отмечаются, прежде всего, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, лабильность аффекта,



тревожность, беспокойство, постоянное чувство внутреннего напряжения. Довольно часто женщины отмечают повышенную уязвимость, плаксивость. Колебания аффекта могут быть весьма полярными за короткий промежуток времени: от плача к дисфорическому фону настроения и даже агрессивным действиям по отношению к окружающим.

Эмоциональные расстройства у женщин в климактерическом периоде обычно проявляются параллельно с другими нарушениями психической деятельности, например, с когнитивными, которые включают в себя снижение памяти и умственной работоспособности, производительности, сниженную способность к планированию деятельности, а также уменьшение скорости переключения между рабочими и бытовыми задачами.

Нарушения психовегетативной сферы по своим проявлениям весьма разнообразны и неспецифичны. Всё это нашло отражение в терминологии: «климактерический невроз», «невроз тревоги», «психосоматический климактерический синдром», «психоэндокринный климактерический синдром». Во всех этих случаях речь идёт преимущественно о пограничных психических и психосоматических расстройствах. Особых климактерических психозов не существует [3,6].

Психоэмоциональные расстройства, возникающие у женщин в климактерическом периоде, можно разделить по следующим группам: депрессивные, истерические, ипохондрические, тревожные, фобические [7].

Необходимо помнить, что такое четкое деление носит условный характер. На практике обычно встречается совмещенные клинические варианты, например, депрессивно-тревожные, депрессивно-ипохондрические состояния, тревожно-фобические, истеро-ипохондрические и тому подобное.

Одним из основных психопатологических симптомов эмоциональной сферы так называемая «раздражительная слабость», когда снижается порог реагирования на раздражители. Внешне это проявляется короткими аффективными вспышками в провоцируемых конфликтных ситуациях, иногда с агрессивными тенденциями с последующей плаксивостью и чувством вины. Имеются также и основные проявления депрессивного синдрома: стабильно сниженный фон настроения, снижение двигательной активности и деятельности, сниженный темп мышления. Интерпретативный компонент заключается в самоуничтожении, при разговоре преобладают идеи неминуемой старости, немощности, ненужности, утраты женственности.

Тревога также часто наблюдается в структуре депрессивного эпизода, однако тревожное расстройство у данного контингента может наблюдаться изолированно. Одним из факторов, который способствует развитию тревожности, являются повышенные требования к человеку в различных сферах жизнедеятельности. Учитывая то, что женщина в климактерическом периоде находится в более уязвимом состоянии, риск испытывать тревогу на клиническом уровне увеличивается.



Истерические, фобические и ипохондрические расстройства встречаются среди данного контингента редко. Таким образом, среди психоэмоциональных расстройств у женщин в климактерическом периоде преобладают тревожно-депрессивные расстройства.

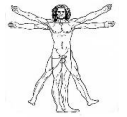
Для женщин с климактерическим синдромом, в котором преобладают психоэмоциональные расстройства, прежде всего, показана комбинированная терапия: сочетание фармакотерапии и психотерапии [4]. Психотерапевтическая работа направлена, прежде всего, на принятие своего состояния, осознание дезадаптационных механизмов, поддержку женщины в очень непростой период жизни, а также формирование новых, более адаптивных моделей поведения и реагирования, что позволит свести психоэмоциональные и психосоциальные нарушения к минимуму.

Мы согласны с вышесказанным, однако считаем, что терапия должна проходить с использованием как методов психологии, так и адаптивной физкультуры и реабилитации.

Выводы. В заключении подчеркнем, что психоэмоциональные расстройства занимают значимое место в картине климактерического синдрома. Их коррекция возможна психологическими методами и методами адаптивной физкультуры в процессе внедрения программы реабилитации женщин с патологическими проявлениями климакса. Дальнейшие наши эмпирические исследования будут посвящены исследованию влияния изменений в психоэмоциональной сфере пациенток, произошедших в результате терапии на состояние вегетативной системы и протекание метаболических процессов.

Список литературы:

1. Агаркова Т.Е. Особенности сексуальных расстройств у женщин / Т.Е. Агаркова, С.Т. Агарков // Сексопатология: Справочник: под ред. Г.В. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – С. 198 – 203.
2. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы / Э.К. Айламазян // Практическое рук-во для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 491 с.
3. Березанская Н.Б. Психология / Н.Б. Березанская, В.В. Нуркова – М.: Юрайт-Издат, 2003. – 576 с.
4. Дикевич Е.А. Некоторые вопросы коррекции психоэмоциональных расстройств, связанных с климаксом / Е.А. Дикевич // РМЖ. – № 28. – 2007. <https://medic.ua/bolezni/nekotorye-voprosy-korrekcii-psihoem/>
5. Доброхотова Ю.Э. Менопаузальный синдром / Ю.Э. Доброхотова // Лечебное дело. – 2004. – № 1. – С. 3 – 8.
6. Каменецкая Г.Я. Особенности депрессивных нарушений у женщин с индуцированной менопаузой / Г.Я. Каменецкая, С.В. Юренева // Климактерий. – 2003. – № 2. – С. 4 – 7.
7. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 208 – 265.



8. Сметник В.П. Клиника и диагностика климактерических расстройств В.П. Сметник // Климактерий и постменопауза. – 1997. – № 1. – С. 5 – 8.

9. Тювина Н. А. Профилактика и лечение психических расстройств климактерического периода / Н.А. Тювина, В.В. Балабанова, В.Е. Балан // Журн. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1991. – Вып. 9. – С. 79 – 82.

10. Hallstrom T., Samuelson S. Mental health in the climacteric. The longitudinal study of women in Gothenburg. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 1985. – Suppl. 130. – P. 13 – 18.



УДК 159.96

НЕГАТИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ревуцкая И.В., Хвасько Н.С.

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный университет»
Кафедра психологии
г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. Знание особенностей негативных психических состояний и их влияние на формирование возрастных психологических новообразований в дошкольном возрасте, позволяет своевременно выявлять и предотвращать психические и психосоматические проблемы дошкольников, а также разрабатывать эффективные методы коррекции для их устранения.

Многие исследователи, такие как С.В. Велиева (2003), А.О. Прохоров (2003), Ю.Е. Сосновикова (1975), подчеркивают, что психические состояния человека, безусловно, следует изучать с учетом возрастного периода, поскольку каждый из периодов развития накладывает свой отпечаток на осознанность, интенсивность, количество и качество пережитых состояний, способность их регулировать.

А.М. Леонтьев (1983) отметил, что дошкольный возраст – это период первоначального фактического становления личности [5].

Н.Д. Левитов (1964) считает, что «Переход от одной возрастной стадии к другой, обычно, связан с перестройкой типичных для пройденного этапа психических состояний, не повторяется в другой период жизни» [4].

Психологи, изучающие детский возраст Л.И. Божович (2008), С.В. Велиев (2003), А.В. Запорожец (1986), А.М. Леонтьев (1983), В.С. Мухина (2006) и др. обращали внимание на «неповторимость, особенную значимость» этого периода для всего следующего развития личности. Они рассматривают дошкольное детство как особо ответственный период, в который закладываются основные личностные механизмы, возникает первая модель мира – система представлений об окружающей действительности, о своих возможностях и отношениях с окружающими людьми.

Цель исследования. Рассмотреть негативные психические состояния и их влияние на формирование психологических новообразований в дошкольном возрасте.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели был использован теоретический метод – теоретико - методологический анализ научных источников и имеющиеся в научном обращении психологические подходы, их систематизация, классификация, обобщение, моделирование и



заключение для изучения негативных психических состояний детей дошкольного возраста.

Результаты и их обсуждение. Отметим, что психические состояния дошкольников характеризуется специфической феноменологией, в отличии от психического состояния детей других возрастных групп. А.О. Прохоров (1991), Ю.А. Цагарелли (1989) и другие ученые считают, что актуализация и повторение типичных психических состояний приводят к изменениям в умственном развитии ребенка дошкольного возраста, затрагивая эмоциональную, игровую, когнитивную, социальную сферы личности, а также появление психологических свойств, которые опосредованы социальной ситуацией развития, ведущими видами деятельности и психологическими особенностями ребенка [6].

В этом возрасте психические состояния характеризуются глобальностью и слабой дифференциацией, легкостью возникновения, могут быть вызваны различными воздействиями: индивидуальными физическими особенностями, типом нервной системы, трудностью выполнения того или иного вида деятельности, отношениями с другими людьми – сверстниками или взрослыми, изменениями и внешним влиянием социальной среды. Психические состояния у детей дошкольного возраста являются отражением переживаний, отношений со значимыми предметами, явлениями, людьми, по отношению к действиям ребенка в конкретной ситуации, имеющей личный смысл для него (эмоционально прямой опыт смысла ситуации) [1,7].

Также ученые классифицируют психические состояния дошкольников с учетом характера их проявлений по следующим критериям:

- по силе (интенсивные, яркие),
- продолжительности (длительные, затяжные, кратковременные),
- устойчивости (изменяющиеся, непрерывные, стабильные),
- по глубинным протеканиям последствий (глубинные, поверхностные, смещение физиологических функций),
- по осознанию (осознанные, неосознанные) [1,7,4].

А.В. Запорожец (1986), А.Д. Кошелева (1983), Я.З. Неверович (1986) отмечают, что дети в дошкольном возрасте не всегда могут осознавать, какие состояния они переживают, а тем более причины их возникновения [3,7]. Учитывая этот факт, А.Б. Игумнова (2014) утверждает, что влияние негативных психических состояний на развитие личности необходимо рассматривать комплексно [2].

О.В. Ригель (2009) дифференцировала типичные негативные психические состояния, которые на протяжении дошкольного возраста переживают дети:

- а) эмоциональные – плохое настроение, беспокойство/тревожность, агрессия, тоска, печаль, усталость, страх, нервозность, стресс, злость;
- б) деятельности – возбуждение, капризность, стресс, беспечность;
- в) мотивационные – стыд, смятение, досада;
- г) волевые – упрямство, капризность, беспомощность;



д) общение – злость, озадаченность, хитрость, обида, гнев [8].

Можно утверждать, что практически все механизмы развития (психические функции, ведущие виды деятельности, социальная ситуация развития, кризис развития, психологических новообразования) у дошкольников существенно меняются под воздействием интенсивного формирования личности.

При рассмотрении психологических особенностей дошкольников четко прослеживается, что возрастные психологические новообразования этого возраста являются наиболее важным механизмом развития ребенка.

Последовательно рассмотрим негативные психические проявления, которые могут сопровождать формирование психологических новообразований в дошкольном возрасте (табл. 1).

Таблица 1

**Негативные психические проявления
в возрастных новообразованиях у детей дошкольного возраста
от 3-х до 7-ми лет**

№ п/п	Возрастные психологические новообразования	Негативные проявления в эмоциональной, поведенческой и физиологической сферах
1.	Формирование первичных этических установок	Безразличие, нестабильное поведение, отсутствие уважения, пессимистическое мироощущение, скука, тревога, беспомощность. Семейная и социальная дезадаптация, психосоматические расстройства
2.	Развитие самооценки и уровня притязаний	Несоответствие оценки и самооценки, комплекс неполноценности, постоянные отрицательные результаты, фрустрация, страх, стыд, чувство вины, стресс, нервозность
3.	Формирование мотивов поведения	Отсутствие интереса и внимания к людям, их делам и чувствам; безумие, отсутствие сострадания, желание противостоять контролю, безразличие, стыд, чувство вины, смущение, скука, усталость
4.	Формирование детской общности	Ситуативные эмоции и желания, капризы, своеобразие, упрямство, гнев, отвращение, жестокость, агрессивность, обида, гнев
5.	Активное проявление потребности фантазировать	Тревожные фантазии, вымысел, небылицы

Как показано в таблице 1, формирование возрастных психологических новообразований у детей дошкольного возраста включает пять аспектов:

- а) формирование первичных этических установок;
- б) развитие самоуважения и уровня притязаний;
- с) формирование мотивов поведения;
- г) формирование детской общности;



д) активное проявление потребности фантазировать.

Эти довольно сложные психофизиологические и психические процессы могут сопровождаться различными негативными психическими состояниями и их проявлениями.

Таким образом, согласно нашему наблюдению и определению, первое психологическое новообразование – *формирование первичных этических установок* может быть осложнено такими негативными психическими состояниями, как безразличие, нестабильное поведение, отсутствие уважения, пессимистическое мироощущение, скука, тревога, беспомощность; семейная и социальная дезадаптация, психосоматические расстройства.

Второе психологическое новообразование – *развитие самооценки и уровня притязаний* – сопровождается негативными психическими состояниями, которые могут актуализировать несоответствие оценки и самооценки, комплекс неполноценности, постоянные отрицательные результаты, фрустрацию, страх, стыд, чувство вины, стресс, нервозность.

Третье психологическое новообразование – *формирование мотивов поведения* – под влиянием негативных психических состояний может способствовать отсутствию интереса и внимания к людям, их делам и чувствам; безразличию, отсутствию сострадания, желанию противостоять контролю, равнодушию, стыду, смущению, скуке, усталости.

Четвертое психологическое новообразование – *формирование детской общности* – при наличии негативных психических состояний может проявляться ситуативными капризами, упрямством, своенравием, гневом, отвращением, жестокостью, агрессивностью, обидой, злостью.

Пятое психологическое новообразование является активным проявлением необходимости *фантазировать*. Переживание негативных психических состояний во время формирования этого новообразования может способствовать появлению тревожных фантазий, различных вымыслов, небылиц.

Следовательно, в ситуациях переживания различных негативных психических состояний в период формирования возрастных психологических новообразований в дошкольном возрасте возможно возникновение психологических и психосоматических проблем, которые в последствии могут стать базальными характеристиками личности.

Выводы. Дошкольный возраст является самым благоприятным для развития личных качеств ребенка, а негативные психические состояния, именно их системно-целостное, нейропсихофизиологическое сочетание, способствует формированию негативных черт характера ребенка, его деятельности, общения, низкой самооценки, негативной модели восприятия мира (окружающей действительности, дезадаптации в социуме); становятся основной причиной возможных психосоматических заболеваний, оказывают влияние на все психологические и соматические процессы ребёнка.



Такое заключение вызывает интерес дальнейшего изучения особенностей влияния негативных психических состояний на соматические проявления дошкольников с целью предотвращения и коррекции психосоматических проблем у детей данной возрастной категории.

Список литературы:

1. Волосова Е. Эмоциональное воспитание ребенка в повседневной жизни / Е. Волосова // Дошкольное воспитание. – 1991. – № 10. – С. 69 – 72.
2. Ігумнова О.Б. Генеза негативних психічних станів студентів та їх психокорекція / О.Б. Ігумнова: дис. на здоб. наук. ступ. канд. психол. наук: спец. 19.00.07. Хмельницький національн. ун-т. Хмельницький: ХНУ, 2014. – 275 с.
3. Кошелева А.Д. Роль социальных эмоций в становлении нравственной позиции дошкольника / А.Д. Кошелева // Психологопедагог нравственного воспитания детей дошкольного возраста. – Москва, 1983. – С. 93 – 104.
4. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека / Н.Д. Левитов. – М.: Просвещение, 1964. – 344 с.
5. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения / А.Н. Леонтьев: в 2-х т. М.: Педагогика. – 1983. – Т.1. – 320 с.
6. Прохоров А.О. Психические состояния детей дошкольного возраста / А.О. Прохоров, С.В. Велиева // Вопросы психологии. – 2003. №5. – С. 56 – 67.
7. Развитие социальных эмоций у детей дошкольного возраста: психологическое исследование / под ред. А.В. Запорожца, Я.З. Неверович. – М.: Педагогика, 1986. – 176 с.
8. Ригель О.В. Психолого-педагогічні аспекти дослідження психічних станів дітей дошкільного віку // Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К., 2009. – С. 406 – 414.



УДК 615.8 (035)

**ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТУДЕНТОВ ДОННТУ
СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПОСЛЕ
ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

Репневская М.С.

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
"Донецкий национальный технический университет"
Кафедра физического воспитания и спорта
г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность темы. Инфекционные заболевания дыхательных путей в мире занимают первое место по численности. Сложно встретить человека, который ни разу не подхватил бы насморка, не переболел бы ангиной или бронхитом. А особенно сейчас, когда мир переносит пандемию COVID – 19 и актуально стало одно из осложнений – пневмония. Спецификой этих заболеваний является воздушно-капельный механизм заражения с локализацией патогенных микроорганизмов в дыхательных путях. В этих случаях инфекция передается в процессе непосредственного общения, когда человек чихает, кашляет или находится с заразившимся человеком в одном помещении [4,5].

Воспалительным процессом могут поражаться как верхние, так и нижние дыхательные пути. Среди инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей выделяют риниты, синуситы, тонзиллиты, ларингиты и т.д. Они чаще имеют вирусную этиологию, но иногда могут быть вызваны бактериями и др. патогенными микроорганизмами [2,3]. Среди инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей особенно распространены трахеиты, бронхиты и пневмонии. Этиологией этих заболеваний чаще всего являются грамположительные бактерии [2,3].

Целью исследования является:

1. Разработать комплексные мероприятия после инфекционных заболеваний дыхательных путей для студентов специальной медицинской группы и группы лечебной физкультуры (ЛФК) очной формы обучения;
2. Разработать комплексы реабилитационных мероприятий, которые должны включать в себя все методы физической реабилитации: физиотерапия, массаж, лечебная гимнастика, диетологию, лечение растительными и фармакологическими препаратами;
3. Реабилитационные мероприятия должны проводиться с учетом состояния больного студента специальной медицинской группы и ЛФК очной формы обучения.



Задачи данной работы:

1. Проанализировать медицинскую, педагогическую и специальную литературу для изучения специфики инфекционных заболеваний дыхательных путей для студентов специальной медицинской группы и ЛФК очной формы обучения.
2. Разработать комплексы лечебной гимнастики согласно состоянию студента и изучить клиническую картину, а также внешние и внутренние факторы заболеваний у студентов специальной медицинской группы и ЛФК.
3. Изучить средства и методы физической реабилитации, которые включают в себя методы, средства и формы ЛФК (пассивные и активные упражнения, гидрокинезотерапию, физиотерапию, лечебный массаж).
4. Теоретически обосновать средства, методы и формы физической реабилитации для студентов специальной медицинской группы и ЛФК после инфекционных заболеваний дыхательных путей.
5. Определить функциональные возможности организма студентов специальной медицинской группы и ЛФК после инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей.

Материал и методы. В процессе выполнения нашего исследования использовали следующие методы:

1. Методы анализа учебно-методической и специальной литературы по физической реабилитации студентов специальной медицинской группы и ЛФК после инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей.
2. Методы диагностики с целью изучения специфики клинической картины заболеваний студентов специальной медицинской группы и ЛФК после инфекционных заболеваний дыхательных путей.
3. Методы теоретической разработки форм, средств и методов комплексной физической реабилитации студентов специальной медицинской группы и ЛФК после инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей.

Применение лечебной физической культуры и дыхательной гимнастики для студентов, перенесших инфекционные заболевания верхних дыхательных путей (риниты, синуситы, ларингиты и тонзиллиты) и нижних дыхательных путей (бронхиты, пневмонии и трахеиты) рекомендовано в виде индивидуально подобранных комплексов физических упражнений. Поэтому, при разработке курса ЛФК врач принимает во внимание специфику, характер и степень тяжести заболевания студента. Среди форм физической реабилитации можно выделить утреннюю гигиеническую гимнастику (УГГ) и лечебную гимнастику (ЛГ), дозированную ходьбу, ходьбу по определенному маршруту, дыхательные упражнения с помощью специальных устройств, а также самостоятельная работа студента (СРС) для занятий дома [5,6,7].

Результаты и их обсуждение. Методика ЛФК должна также включать в себя такие специальные дыхательные упражнения, как:

- маневр форсированного выдоха;



- тренинг глубокого дыхания ("шумный" выдох);
- дыхание через сомкнутые губы (упражнение на сопротивление);
- упражнения со специальными устройствами такими как упражнения с водой через соломинку для коктейля или трубочку.

Также специалисту физической реабилитации важно объяснить студенту и показать на примере "вдох животом", при выполнении которого сокращаются диафрагмальные мышцы, а также правильно обучить диафрагмальному дыханию [1,2,4].

Ниже приведены специальные упражнения для студентов ДОННТУ после инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей.

Упражнение 1. «Ключичное (верхнее) дыхание». В процессе овладения верхним дыханием рекомендуется положить ладони на ключицы и следить за подъемом и опусканием ключиц и плеч. Исходное положение – сидя (стоя, лежа) и прямо (голова, шея, спина должны располагаться на одной линии). Прежде чем сделать вдох, следует выдохнуть воздух из легких. После выдоха сделать медленный вдох через нос, поднимая ключицы и плечи и заполняя воздухом самые верхние отделы легких. При выдохе плечи медленно опускаются вниз [8,9].

Упражнение 2. «Грудное (среднее) дыхание». Для того чтобы легче освоить методику среднего дыхания, можно положить ладони на обе стороны грудной клетки и следить за ее движением. Исходное положение такое же, как в предыдущем упражнении. Сделать выдох через нос, ребра при этом опускаются, затем – полный и продолжительный вдох, расширяя грудную клетку. Плечи и живот при вдохе должны оставаться неподвижными (не допускать выпячивания живота). Затем снова выдох и снова вдох.

Упражнение 3. «Брюшное (нижнее) дыхание». Для более полного усвоения этого упражнения рекомендуется класть ладони на живот, чтобы следить за поднятием и опусканием брюшной стенки. Исходное положение – то же. Сделать полный выдох, при этом живот вбирается внутрь (диафрагма поднимается вверх). Затем медленно вдохнуть воздух через нос, выпятив живот (диафрагма опускается), не двигая грудной клеткой и руками. Нижняя часть легких наполняется воздухом. Снова выдохнуть воздух – живот уходит глубоко внутрь (воздух выдыхается из нижних долей легких) [8,9].

Кроме методики ЛФК и специальных упражнений больной студент должен в комплексе физической реабилитации получать определенный рацион питания, который должен включать высококалорийную белковую пищу, обильное питье. Нужно исключить грубую и горячую пищу, которая может оказывать травмирующее воздействие на тот или иной воспаленный орган дыхательных путей. Рацион должен включать мучные изделия, супы, белковые продукты,



крупы, фрукты и овощи, богатые витаминами: С, Р, В₅, А и Е. Необходимо исключить острые приправы, продукты, содержащие органические кислоты, консерванты.

Также возможно и полезно для студентов, перенесших инфекционные заболевания верхних и нижних дыхательных путей использование лечебного массажа, гидротерапии (оздоровительные водные процедуры, такие как, ванны с лечебными солями и травами, жемчужные ванны, вихревые ванны, минеральные, радоновые ванны и души). Например, ванна с душицей, маслом тимьяна, хвоей, жемчужные ванны, с озоном и т.д.

Положительный эффект в лечении таких пациентов достигается применением и физиотерапевтических методов: фонофорез на область носа или "ЛУЧ" на область миндалин, УВЧ, УФО и облучение лампой "Солюкс". Применяют также микроволновую терапию, электрофорез гепарина на грудную клетку, грязевые и парафиновые аппликации на грудную клетку.

Выводы. Только комплексно используя все методы и средства физической реабилитации можно эффективно помочь студенту, перенесшему инфекционные заболевания верхних (риниты, синуситы, ларингиты и тонзиллиты) и нижних дыхательных путей (бронхиты, пневмонии и трахеиты).

Используя при этом ЛФК (лечебную физическую культуру): УГГ (утреннюю гигиеническую гимнастику) и ЛГ (лечебную гимнастику), дозированную ходьбу, ходьбу по определенному маршруту, дыхательные упражнения с помощью специальных устройств, а также СРС (самостоятельная работа студента) для занятий дома. Также используя специальный рацион, который должен включать высококалорийную белковую пищу, обильное питье.

Далее необходимо для лучшего отхождения мокроты часто менять положение тела, применить средства и методы физиотерапии, гидротерапию, лечебный массаж. Только в комплексе все эти меры помогут улучшить как физическое, так и психоэмоциональное состояние студента.

Список литературы:

1. Ананьев В.А. Концептуальные основы учебной программы «Психология здоровья» / В.А. Ананьев // III Нац. конгр. по профилактической медицине и валеологии. – СПб., 1996. – С. 16 – 17.
2. Генш Н.А. Справочник по реабилитации / Н.А. Генш, Т.Ю. Клипина, Ю.Н. Улыбина // Ростов - н/Д: Феникс, 2008. – 348 с.
3. Козлова Л.В. Основы реабилитации: учебное пособие / Л.В. Козлова, С.А. Козлов, Л.А. Семененко. – Изд. 5-е. – Ростов - н/Д: Феникс, 2008. – 475 с.
4. Лейзерман В.Г. Восстановительная медицина: учебное пособие / В.Г. Лейзерман, О.В. Бутрова, С.И. Красиков. – Ростов - н/Д: Феникс, 2008. – 411 с.
5. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник для студ. ВНЗ ФВіС / В.М. Мухін. – 3-тє вид., перероб. і доп. – К.: Олімпійська літ., 2010. – 488 с.



6. Присяжнюк С.І. Фізичне виховання: навчальний посібник / С.І. Присяжнюк. – К.: ЦУЛ, 2008. – 504 с.
7. Сергиенко Л.Г. Развитие гибкости посредством применения традиционных и нетрадиционных средств физической культуры / Л.Г. Сергиенко // Мат. I междунар. науч.-практ. конф., ДИФКиС. – Донецк, 2016. – С. 985 – 990
8. Физическое воспитание: учебник / В.А. Головин, В.А. Маслякова, А.В. Коробков и др. – М.: Высшая школа, 1983. – 391 с.
9. Электронный ресурс: <https://works.doklad.ru/view/DckqmgriR3U.html>



УДК 796

ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Скаковец И.С.³, Смирнов А.А.³, Зеленин Л. А.^{1,3},

Паначев В.Д.^{1,3}, Оплетин А.А.^{1,2}

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

«Пермский национальный исследовательский политехнический университет»¹

Кафедра физической культуры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Пермский государственный институт культуры»²

Кафедра физической культуры

Федеральное государственное казенное военное образовательное
учреждение высшего образования «Пермский военный институт войск
национальной гвардии Российской Федерации»³

Кафедра физической подготовки и спорта

г. Пермь, Российская Федерация

Актуальность темы. На сегодня перед системой российского образования, правительством Российской Федерации и государственными политическими деятелями достаточно остро стоит проблема охраны и сохранения здоровья современной учащейся молодёжи, разработка и создание здоровьесберегающих технологий в процессе обучения, формирования ценности здоровья и здорового образа жизни. Жизнь человека во многом зависит от состояния его здоровья и от широты психофизиологического потенциала личности [1].

Хорошее здоровье – основное условие для выполнения курсантом его биологических и социальных функций, фундамент самореализации, но и высшая жизненная ценность. Важнейшим условием для самореализации курсанта является высокий уровень его психосоматической организации. На современном этапе человеческой жизни к социальному бытию относятся производственно-трудовые, социально-экономические, политические, военные, семейно-бытовые, духовные, физические, оздоровительные факторы – всё это определяется уровнем здоровья. Только хорошее здоровье курсантов даёт возможность получить качественное образование. Только здоровый курсант способен без чрезмерного напряжения усвоить возрастающую по объёму и сложности учебную информацию.

Здоровье является важнейшей ценностью для человека, условием его самореализации и национальной безопасности России. Наука дала понятие «здоровье» более 300 определений. Приводим из некоторые из них:

– отсутствие болезни;



- нормальное функционирование организма человека в системе «человек – окружающая среда»;
- естественное состояние организма человека, когда все его функции уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения;
- способность приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде;
- способность к полноценному выполнению основных социальных функций.

Здоровье – это гармоническое единство между организмом и окружающей средой, результат которого – нормальная работа всех органов и систем человека [2].

Известно, что уровень здоровья во многом зависит от качественной составляющей различных проявлений жизнедеятельности. В настоящее время в условиях рыночной экономики потенциал здоровья личности приобретает роль ведущего фактора успешной профессиональной карьеры. В связи с этим имеет место и обратная зависимость: степень социальной интегрированности молодого специалиста в процесс востребованности полученного образования в трудовую деятельность, степень удовлетворения от характера полученной работы, которая во многом определяет его здоровье [3].

В процессе жизнедеятельности индивида начиная с самого раннего возраста, происходит овладение искусством ведения здорового образа жизни, который бы не нарушал отлаженной работы его взаимосвязей с тончайшими природными механизмами, социокультурными условиями их бытия, саморазвитием и самоактуализацией. Отправной точкой в профессиональном становлении, модернизации личностных ориентиров является период обучения в вузе [4].

В период обучения в вузе огромное значение имеет процесс формирования потребностей, достойных здоровой личности, на соответствующей нравственной высоте и с определёнными программными целями социокультурного развития. В получении профессионально значимой информации, познании, общении, социальном признании личности в индивидуальном самовыражении, для реализации необходимых потребностей курсантов значительную роль играет процесс образования [5,6].

Цель исследования – охарактеризовать процесс реализации здоровьесберегающих педагогических технологий на всех уровнях образовательного процесса в военном вузе, где обеспечивается качественное обучение, развитие и воспитание курсантов.

Задачи исследования определяются проблемой здоровья курсантов – постоянный контроль за результатами работы каждой группы и курса по грамотному внедрению в образовательный процесс здоровьесберегающих педагогических технологий, определяющих эффективность комплекса мероприятий, направленных на процесс укрепления здоровья курсантов.



Материал и методы включают анализ, синтез и обобщение научно-теоретических литературных источников и специальных материалов и методической литературы, наблюдение, анализ и обобщение педагогического опыта проведения занятий с курсантами.

Результаты и их обсуждение. Теоретические и научно-методические системы педагогических здоровьесберегающих технологий позволяют использовать разные системы по охране здоровья, а также разнообразные способы, формы, подходы и приёмы педагогической работы с курсантами.

Образование молодёжи, признание ценности здоровья и здорового образа жизни являются приоритетом в политике государства и регламентируются законом, установлены федеральным государственным стандартом высшего профессионального образования.

На этапе обучения у курсантов, определяющую роль играет интегральное качество, обусловленное психофизической адаптированностью направленной на объединение и комплексную реализацию различных компонентов подготовленности курсантов.

Культура тренера-преподавателя отражает высшее проявление образованности и профессиональной компетентности. Тренеры-преподаватели военного вуза активно проявляют заботу о сохранении здоровья курсантов и воспитания у них, на личном примере, культуры здоровья. Их способности и дарования, как выражение человеческой индивидуальности, передаются курсантам. Работа тренера-преподавателя в выполнении учебной программы заслуживает огромного уважения и активно формирует у курсантов интерес к предмету. Преподаватель устанавливает доверительные и партнёрские отношения в коллективе, предотвращает возникшие дискомфортных состояний и максимально стимулирует личностные качества курсантов для роста их результативности в обучении.

Анализ и обобщение практической интегративной деятельности тренеров-преподавателей, использующих методы, приёмы, подходы, способы, составляющие и относящиеся к здоровьесберегающим технологиям (по значимости и эффективности) позволяет на первое место можно отнести, обеспечение гигиенических условий. На второе место – реабилитационные технологии, приёмы и методы, защищающие здоровье курсантов от негативного воздействия различных факторов.

Необходимо знать, что представляет собой **технология**. Это система предписаний, алгоритмов для выполнения исследовательской и практической деятельности, в отличие от методик исследования, обучения или воспитания.

Применяемые в учебно-тренировочном процессе вышеперечисленные здоровьесберегающие реабилитационные технологии, позволили тренерам-преподавателям достичь положительных результатов в обучении курсантов и показать свой высокий уровень педагогического профессионализма.

Выводы. На занятиях по физической подготовке и спорту здоровьесберегающие технологии представляют собой как системный метод,



организованный на едином методологическом фундаменте сопряжённый с общепедагогическими принципами эффективных педагогических, методико-практических форм занятий, применением новых элементов, подходов, приёмов, направленных на педагогическое мастерство в достижении нормальной психофизической адаптации курсантов к учебно-тренировочному процессу.

Здоровьесберегающие реабилитационные технологии, о которых говорилось выше, между собой тесно взаимосвязаны и взаимообусловлены. Правильно и грамотно составленное расписание занятий позволяет уберечь многих курсантов от процесса утомления и обеспечить им высокую работоспособность.

Таким образом, реабилитационные вопросы здоровьесберегающей педагогики, организации здоровьесберегающей образовательной среды необходимо включать в тематических план (в виде психолого-педагогического блока) курсов повышения квалификации для всех тренеров-преподавателей военного вуза.

Список литературы:

1. Зеленин Л.А. Влияние тренажёров на основные свойства нервной системы спортсменов / Л.А. Зеленин // Теория и практика физ. культуры. – 2013. – № 10. – С. 94 – 98 с.
2. Лебедева О.В. Формирование психологического здоровья студента в контексте компетентного подхода / О.В. Лебедева // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2015. – № 2 (35). – С. 89 – 96. DOI 10.14526/01_1111_13. <http://journal-science.org/ru/article/166.html>.
3. Оплетин А.А. Программа физической культуры по формированию компетентности саморазвития у студентов вуза / А.А. Оплетин, З.М. Кузнецова // Научное обозрение: гуманитарные исследования. – 2014. – № 7. – С. 28 – 34.
4. Оплетин А.А. Физическая культура в процессе формирования компетенции саморазвития личности / А.А. Оплетин // Учёные записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2014. – № 9 (115). – С.101 – 105.
5. Паначев В.Д. Здоровьесберегающие технологии в развитии личности студентов / В.Д. Паначев // Вестник Луганского национального университета им. Т. Шевченко. Серия 2. Физическое воспитание и спорта №1 (2): Сб. науч. тр. – Луганск, 2016. – № 1 (2). – С. 118 – 123.
6. Паначев В.Д. Компетенции саморазвития в образовательном процессе средствами физической культуры / В.Д. Паначев // Проблемы и перспективы развития науки и образования в XXI веке: Сб. ст. по мат. V междунар. науч.-практ. конф. (Май 2017 г.) – Уфа, 2017. – № 3 (5). – С. 61 – 66.



УДК 796

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЫЖНОГО СПОРТА ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Скаковец И.С.³, Филатов А.В.³, Зеленин Л.А.^{1,3},

Паначев В.Д.^{1,3}, Оплетин А.А.^{1,2}

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

«Пермский национальный исследовательский политехнический университет»¹

Кафедра физической культуры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Пермский государственный институт культуры»²

Кафедра физической культуры

Федеральное государственное казенное военное образовательное
учреждение высшего образования «Пермский военный институт войск
национальной гвардии Российской Федерации»³

Кафедра физической подготовки и спорта

г. Пермь, Российская Федерация

Актуальность темы. Жизнь человека во многом зависит от состояния его здоровья и от широты психофизиологического потенциала личности. Хорошее здоровье – основное условие для выполнения эффективных биологических и социальных функций, фундамент самореализации, но и высшая жизненная ценность. На современном этапе человеческой жизни к социальному бытию относятся производственно-трудовые, социально-экономические, политические, военные, семейно-бытовые, духовные, физические, оздоровительные факторы – всё это определяется уровнем здоровья. Судьбу страны решает не нефть, а главным образом энергетический потенциал человека и здоровье нации. Известно, уровень здоровья во многом непосредственно зависит от качественной составляющей различных проявлений жизнедеятельности. В настоящее время в условиях рыночной экономики потенциал здоровья личности приобретает роль ведущего фактора успешной профессиональной карьеры. В связи с этим имеет место и обратная зависимость: степень социальной интегрированности молодого специалиста в процесс востребованности полученного образования в трудовую деятельность, степень удовлетворения зависит от характера полученной работы, которая во многом определяет его здоровье [1].

На протяжении всей жизнедеятельности индивида начиная с самого раннего возраста, происходит освоение искусством ведения данного образа жизни, который бы не нарушал отлаженной работы его взаимосвязей с тончайшими природными механизмами, социокультурными условиями их бытия, саморазвитием и самоактуализацией. Отправной точкой в профессиональном становлении, модернизации личностных ориентиров,



определённым переломным рубежом является, в данном контексте, период обучения в вузе [2].

В период обучения в вузе огромное значение имеет процесс формирования потребностей, достойных здоровой личности на соответствующей нравственной высоте, с определёнными программными целями социокультурного развития. В получении профессиональной значимой информации, познании, общении, социальном признании личности, индивидуальном самовыражении, для реализации необходимых потребностей курсантов определяющим является процесс образования [3].

В современной жизни к состоянию здоровья предъявляются особенно высокие требования, что усиливает значение физической культуры как процесса оздоровительного направления, важнейшей ценности и смысла жизни в особенности у тех молодых людей, которые перенесли серьёзные заболевания и не могут в полной мере использовать возможности общепринятой системы физического воспитания. В этом контексте ведущая роль принадлежит физической культуре и физической подготовке (с учётом индивидуальных способностей и мотиваций в формировании личности) как одному из факторов социально-культурного процесса, обеспечивающих высокий биологический потенциал. Мотивы стимулируют и мобилизуют личность на проявление активности физического совершенствования, связанного со стремлением ускорить темпы собственного развития, занять достойное место в своём окружении, добиться признания и уважения в жизнедеятельности [4].

Цель исследования – реализовать здоровьесберегающие реабилитационные педагогические технологии на всех уровнях образовательного процесса, где проявляется качественное обучение, развитие, воспитание и улучшение состояния здоровья.

Материал и методы характеризуются анализом, синтезом и обобщением научно-теоретических литературных источников и специальных материалов и методической литературы, наблюдение, анализ и обобщение педагогического опыта проведения занятий с курсантами.

Результаты и их обсуждение. Лыжный спорт – одно из эффективных средств физического воспитания. Оно позволяет укреплять здоровье, закаливать организм занимающихся, содействовать их всестороннему развитию и привитию им жизненно важных двигательных навыков. Это также хорошее средство приобщения человека к систематическим занятиям физической культурой и спортом, активному отдыху. Это занятие благоприятно для людей всех возрастов, но особенно для молодёжи. Для прогулок рекомендована частота сердечных сокращений до 60 – 70% от максимума. Катание на беговых лыжах всего 20 – 30 минут в день 2 – 3 раза в неделю способствует повышению насосной функции сердца. Лыжный спорт введен в учебные программы физического воспитания в общеобразовательных школах, колледжах, высших образовательных учреждениях и т.д. Во время педагогического эксперимента проверено влияние лыжного спорта на определённом возрастном этапе при



различных характеристиках двигательной активности (далее – ДА). Сопоставлены полученные данные двигательной активности (ДА) и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

В 2019-ом году в Пермском национальном исследовательском политехническом университете, на горнолыжном комплексе проводились исследования влияния лыжного спорта на сердечно-сосудистую систему человека. Объектами для исследования стали спортсмены с высоким уровнем физической активности в возрасте 19 лет. Изучали влияние занятий на сердечно-сосудистую систему путём измерения артериального давления (АДС и АДД) и ЧСС, выяснили, что средние показатели спортсменов с постоянными физическими нагрузками на протяжении исследования практически не менялись, а в определённые этапы предсоревновательной подготовки и вовсе была разнонаправленность показателей: повышенная ЧСС и пониженное АД.

Изучив литературу по данному вопросу [5], удалось провести опрос (анкетирование) среди студентов, а также оценить их физическое развитие и функциональные показатели. Оценку функциональных показателей организма проводили по состоянию сердечно-сосудистой системы, а именно по показателям ЧСС и АД. В анкетирование приняли участие 30 студентов. Возрастной диапазон (как юношей, так и девушек) составил 18 – 19 лет с отсутствующим стажем в лыжном спорте (только любительский уровень). Как нам известно, только раз в неделю они занимаются на лыжах во время занятий, а также было выявлено, что есть студенты, занимающиеся другими видами физической активности помимо физкультуры в университете. Поэтому все испытуемые были поделены на 2 группы по режиму организованной двигательной активности: студенты с высокой двигательной активностью (11 человек), студенты с низкой двигательной активностью (19 человек).

В группе с высокой двигательной активностью (ВДА) 22% имеют уровень физического развития выше среднего, 73% – средний, 5% – ниже среднего. Уровень физического развития студентов с низкой двигательной активностью (НДА): 9% – выше среднего, 68% – средний, 23% – ниже среднего (Рис. 1).

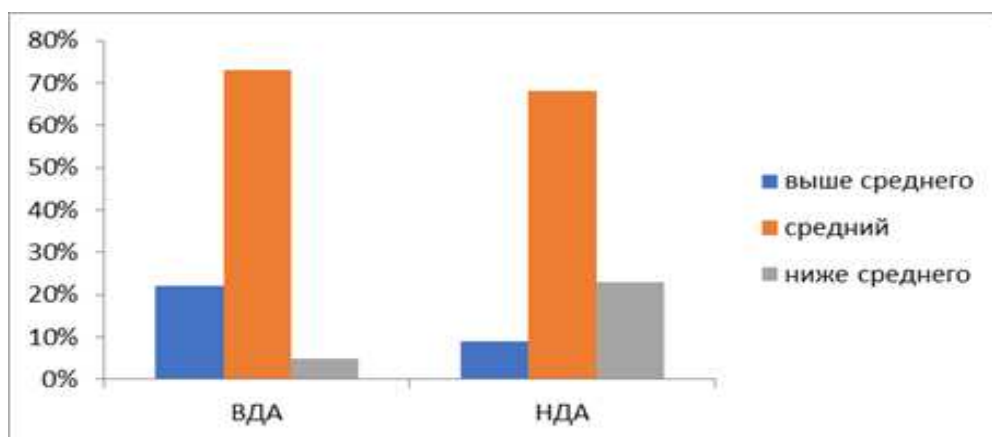


Рис. 1. Уровень физического развития студентов в зависимости от двигательной активности



Нами было выявлено, что физическое развитие студентов с высокой двигательной активностью более гармонично по сравнению с физическим развитием студентов с низкой двигательной активностью. Ниже представлены результаты оценки функциональных показателей организма (табл. 1)

Таблица 1

Показатели сердечно-сосудистой системы

	ВДА		НДА	
	До катания на лыжах	После катания на лыжах	До катания на лыжах	После катания на лыжах
ЧСС, уд. в мин.	72 ± 4	80 ± 3	71 ± 3	76 ± 4
САД, мм рт.ст.	118 ± 7	119 ± 4	115 ± 6	118 ± 7
ДАД, мм рт.ст.	75 ± 3	76 ± 2	74 ± 4	77 ± 3

Как видно к концу занятий на лыжах показатели увеличиваются и у студентов ВДА, и студентов с НДА. Было также выявлено, что после каждого занятия лишь 6 человек чувствовали улучшение со стороны мышечной и сердечно-сосудистой систем, у 13-ти из 30-ти студентов наблюдалось ощущаемое учащение сердцебиения, 7 уходили без видимых жалоб или улучшений, а четверо и вовсе уходили с тренировки с небольшим недомоганием.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о пользе лыжного спорта лишь тогда, когда он начнёт использоваться систематически. На занятиях по физической культуре и спорту здоровьесберегающие технологии представляют собой как системный метод, организованный на едином методологическом фундаменте в сопряжённом сочетании, совпадают с общепедагогическими принципами эффективных педагогических методико-практических форм занятий, применением новых элементов, подходов, приёмов, направленных на педагогическое мастерство в достижении нормальной психофизической адаптации студентов к учебно-тренировочному процессу. Тренеры-преподаватели вуза активно проявляют заботу о сохранении у студентов здоровья и воспитания у них, личным примером, культуры здоровья. Культура тренера-преподавателя отражает высшее проявление образованности и профессиональной компетентности, его способности и дарование передаются студентам, что наиболее полно выражает его человеческую индивидуальность. Работа тренера-преподавателя, заслуживает огромного уважения, активно формирует у студентов интерес к своему предмету, устанавливает доверительные и партнёрские отношения. Он предотвращает возникшие дискомфортные состояния и максимально применяет личностные особенности студентов для роста их результативности в обучении. В жизни студентов, особенно на этапе их обучения, определяющую роль играет интегральное качество, которое обусловлено психофизической адаптированностью, направленной на



объединение и комплексную реализацию различных компонентов физической подготовленности с использованием лыжной подготовки.

Анализ и обобщение практической интегративной деятельности тренеров-преподавателей, которые используют методы, приёмы, подходы, способы, относящиеся к здоровьесберегающим реабилитационным технологиям по значимости и эффективности на первое место можно отнести, обеспечение эффективных реабилитационных условий, и они обязательны для выполнения. Образование молодёжи, признание ценности здоровья и здорового образа жизни являются приоритетом в политике государства и регламентируются законом, установленные федеральным государственным стандартом высшего профессионального образования. На второе место мы определили реабилитационные технологии, приёмы и методы, защищающие здоровье студентов от негативного воздействия отклонений сердечно-сосудистой системы. Применяемые в учебно-тренировочном процессе вышеперечисленные здоровьесберегающие реабилитационные технологии, позволили тренерам-преподавателям достичь благоприятных результатов и показать свой высокий уровень педагогического профессионализма.

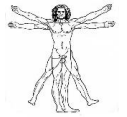
Здоровьесберегающие реабилитационные технологии, о которых говорилось выше, между собой тесно взаимосвязаны и взаимообусловлены. Правильно и грамотно составленное расписание занятий позволяет многих студентов уберечь от процесса утомления и обеспечить им высокую работоспособность. Таким образом, реабилитационные вопросы здоровьесберегающей педагогики, организация здоровьесберегающей образовательной среды необходимо включать в тему психолого-педагогического блока курсов повышения квалификации для всех тренеров-преподавателей вуза.

Список литературы:

1. Зеленин Л.А. Влияние тренажёров на основные свойства нервной системы спортсменов / Л.А. Зеленин // Теория и практика физ. культуры. – 2013. – № 10. – С. 94 – 98.
2. Мелихов Я. П. Формирование здорового образа жизни посредством занятий лыжным спортом // Молодой ученый. – 2017. – №21.1. – С. 45 – 47. – URL <https://moluch.ru/archive/155/44091>
2. Состояние сердечно-сосудистой системы спортсменов. [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-serdechno-sosudistoy-sistemy-sportsmenok-zanimayuschih-sya-lyzhnymi-gonkami/viewer> (22.12.2019)
3. Оплетин А.А. Физическая культура в процессе формирования компетенции саморазвития личности /А.А. Оплетин // Научно-теоретический журнал Учёные записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2014. – № 9 (115). – С. 101 – 105.
4. Паначев В.Д. Здоровьесберегающие технологии в развитии личности студентов / В.Д. Паначев // Вестник Луганского национального университета



**Интегративная медицина, реабилитационные технологии:
образование, наука и практика**



им. Т. Шевченко. Серия 2. Физическое воспитание и спорта №1 (2): Сб. науч. тр. – Луганск, 2016. – № 1 (2). – С. 118 – 123.

5. Паначев В.Д. Компетенции саморазвития в образовательном процессе средствами физической культуры / В.Д. Паначев // Проблемы и перспективы развития науки и образования в XXI веке: Сб. ст. по мат. V междунар. науч.-практ. конф. (Май 2017 г.) – Уфа, 2017. – № 3 (5). – С. 61 – 66.



УДК 37.01

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ АРТПЕДАГОГИКИ В СИСТЕМЕ
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ГРУППЫ
РИСКА В ОБЩЕСТВЕННОМ ОБЪЕДИНЕНИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ
КОРОНАВИРУСА**

Сухоленцева Е.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

«Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева».

Кафедра технологий психолого-педагогического и специального образования
г. Орел, Российская Федерация

Актуальность темы. В связи пандемией COVID-19 человечество оказалось в ситуации неопределенности, особенно это коснулось семей группы риска. Финансовые сложности в семьях способствовали возникновению у родителей неврозов, страхов и паники. Как следствие, значительное количество родителей пристрастились к алкоголю. В такой ситуации дети оказались предоставлены себе. Подростки группы риска остались в ситуации полной неопределенности без опеки и возможностей самореализации.

С нашей точки зрения дети группы риска – это дети с отклонениями в поведении, отличающиеся низким уровнем успеваемости в школе, дети, оставшиеся без попечения родителей, дети из малообеспеченных семей, где отсутствуют благоприятные условия для их развития, ставшие жертвами грубого обращения и насилия.

Именно в период пандемии, как никогда, возникла необходимость формирования смысла жизни человечества и новых ценностей, гуманистических отношений подростков группы риска к большим сверстникам, коллективу, классу, группе.

В этой связи возникло противоречие между необходимостью использования артпедагогики для нравственного воспитания подростков группы риска в системе педагогического сопровождения в общественном объединении в период пандемии коронавируса и существующей методологической основой, недостаточными для решения проблемы. Данное противоречие позволило обозначить следующую проблему: поиск методов нравственного воспитания в системе педагогического сопровождения подростков группы риска в общественном объединении в период пандемии коронавируса.

Цель исследования. В связи с проблемой исследования была сформулирована цель – изучить возможности использования артпедагогики для нравственного воспитания в системе педагогического сопровождения подростков группы риска в общественном объединении в период пандемии коронавируса.



Материал и методы. В исследовании приняло участие 150 подростков группы риска, членов Орловской областной пионерской организации «Орлята». Исследование уровней развития нравственных качеств было проведено по авторской методике.

По результатам констатирующего этапа экспериментального исследования была разработана система педагогического сопровождения подростков группы риска. В основу формирующей программы экспериментального исследования легли методы артпедагогики.

При проведении дистанционных мероприятий через программу Zoom мы работали с эмоциональным восприятием художественных образов детьми группы риска и личностным присвоением сконцентрированного в искусстве социального опыта. При этом оказывалось воспитательное воздействие на сознание детей и их ценностные установки различных видов искусств. В ходе эксперимента были проведены следующие мероприятия: «День смеха», «День пионерии», «День победы», «День молодежи», «День семьи любви и верности» «Сказка в дом к нам пришла», «Новогодний серпантин» и др.

Результаты и их обсуждение. Под «системой педагогического сопровождения» мы понимаем процесс заинтересованного наблюдения, диагностирования, консультирования, коррекции, системного анализа проблемных ситуаций, программирования и планирования деятельности общественного объединения, создания и реализации личностно-ориентированных маршрутов развития подростка группы риска, формирования самостоятельности каждой личности через свободу и активность при реализации социально значимых проектов» [9].

При разработке системы мы провели ретроспективный и сравнительный анализ научных источников (Л.В. Алиева, А.В. Волохов, Р.А. Литвак, А.С. Макаренко, А.В. Мудрик, И.И. Фришман и др), который позволил констатировать большой воспитательный потенциал общественных организаций [1,2,5,8,10].

В основу разработанной нами системы были положены фундаментальные работы А.М. Архангельского, Н.И. Болдырева, Н.К. Крупской, И.Ф. Харламова и др. в области нравственного воспитания подростков группы риска.

Научные подходы ряда авторов (В.П. Анисимов, С.С. Брикунов, О.С. Булатова, Е.А. Медведева, Ю.С. Шевченко, Н.Ю. Шумакова), определяющие нравственный потенциал искусства в воспитании детей, стали основой проведения мероприятия и театрализованных представлений [3,4,6,7].

Разработанная нами система педагогического сопровождения была направлена не только на посредственную работу с самим подростком, но и на педагогизацию окружающей его среды.

Развитие способности детей осмысленно соблюдать нормы морали, желания соблюдать Санитарные правила и нормы СанПиН к организации учебного процесса, готовности пренебречь личными интересами в пользу членов коллектива и сохранению здоровья нации явилось одним из направлений



педагогического сопровождения подростков группы риска в общественном объединении в период пандемии коронавируса.

При проведении мероприятий оказывалось воздействие на эмоциональный блок подростков группы риска. Большую роль при этом играл позитивный настрой и благоприятная атмосфера в среде, в которую был включён ребенок. При проведении мероприятий формировалось доброжелательное и заинтересованное отношение каждого ребенка друг к другу.

Руководитель общественного объединения оказывал влияние на коллективное сознание подростков группы риска через когнитивный блок. Деятельность всех членов коллектива была целенаправленной, общественно полезной. Все члены коллектива были задействованы и могли показать себя с положительной стороны в реализации мероприятий.

При групповом использовании искусства руководитель общественного объединения совместно с психологом оказывали воздействие на поведенческий блок. Детям предлагались роли, при решении и обыгрывании которых подросток группы риска мог показать себя с положительной стороны и участвовать в конструктивной работе группы.

Результаты исследования показали, что 36% подростков обладает средним и 42% низким уровнем нравственных качеств, только 24 % подростков показали высокий уровень. Это свидетельствует о том, что у детей в значительной степени отсутствует общественная позиция, а поведение характеризуется неустойчивостью и инертностью.

После проведения формирующей части экспериментального исследования на контрольном этапе был повторно изучен уровень сформированных нравственных качеств. Результаты исследования показали, что 64 % подростков стали обладать высоким уровнем нравственных качеств и 36% подростков – средним.

Выводы. Таким образом, сравнивая результаты тестирования с первоначальными данными (констатирующий этап), можно сделать вывод о том, что у подростков группы риска повысился уровень нравственности. После проведенного эксперимента у подростков поменялись ценностные ориентации. Результаты нашего исследования показали, что эффективными методами в повышении уровней нравственных качеств является артпедагогика. Целенаправленное формирование нравственных качеств у подростков группы риска при помощи разработанной нами педагогической системы, привело к уменьшению отрицательных проявлений в сознании, самооценке и, особенно, в поведении подростков группы риска. Проведённое исследование позволило разработать методологические и методические основы педагогического сопровождения подростков группы риска в общественном объединении и описать опыт реализации системы педагогического сопровождения в период пандемии коронавируса при помощи артпедагогики. Разработанная система педагогического сопровождения способствует повышению уровней нравственности у подростков группы риска. Данная система может успешно



использоваться руководителями общественных объединений как в офлайн, так и так в дистанционном формате.

Список литературы:

1. Алиева Л.В. Общественное воспитание – социальный заказ и объект деятельности современного педагога // Педагогическое искусство. – 2017. – № 2. – С. 94 – 99.
2. Волохов А. В. Теория и методика социализации ребенка в детских общественных организациях: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. – Ярославль, 1999. – 467 с.
3. Выготский Л.С. Психология искусства. – М.: Искусство, 1986. – 573 с.
4. Копытин Е.А. Арт-терапия / Е.А. Копытин. – М.: Новые горизонты, 2006. – 336 с.
5. Литвак Р.А. Социокультурное развитие личности в системе общественных отношений // ЦИТИСЭ. – 2018. – № 2 (15). <http://ma123.ru/wp-content/uploads/2018/08/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D1%8F-%D0%9B%D0%B8%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BA.pdf> (Дата обращения: 12.06.2020).
6. Медведева Е.А., Левченко И.Ю., Комиссарова Л.Н., Добровольская Т.А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. – М.: Академия, 2001. – 248 с.
7. Корженко О.М. Артпедагогика сегодня: цели и перспективы развития // Теория и практика образования в современном мире: мат. III Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, май 2013 г.). – Т. 0. – СПб.: Реноме, 2013. – С. 95 – 97. – URL: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/70/3855/> (Дата обращения: 20.12.2020).
8. Мудрик А.В. Детские и юношеские организации как социокультурный феномен // [Научно-методический журнал заместителя директора школы по воспитательной работе](#). – 2008. – №7. – С. 111.
9. Сухоленцева Е.Н. Свобода в системе педагогического сопровождения в общественном объединении // Известия Воронежского государственного педагогического университета. – 2019. – №4 (285). – С. 101 – 104.
10. Фришман И.И. Неформальное образование ребенка в детских общественных объединениях // Формирование успешности ребенка – целевая функция дополнительного образования: мат. межрег. науч.-практ. конф., – Кострома. 21 мая 2019 г. – Кострома: КГУ, 2019. – С. 162 – 164.



УДК 611.1; 612.17

К ВОПРОСУ ОБ ПОДДЕРЖАНИИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Схаплок Р.Ю., Шлее И.П.

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный университет»
Кафедра оздоровительной физической культуры
г. Кемерово, Российская Федерация

Актуальность темы. В большинстве экономически развитых стран заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), находятся на первых местах по причинам инвалидности, смертности и заболеваемости. В России эти заболевания также являются основной причиной высокой смертности, а также заболеваемости среди населения. В 2009 году этот показатель составил 11% от общей смертности по всем остальным заболеваниям, в 2011-м уже – 50%, в 2018-м и 2019-м – около 46%.

Целью исследования является ознакомление с некоторыми заболеваниями ССС и аспектами реабилитации при таковых, включая адаптацию из-за возможных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы. Реабилитация пациентов после лечения такого рода заболеваний достаточно сложный процесс. Ибо причины, из-за которых проявляются отклонения в здоровье и ведут к недугу, часто распространены в повседневной жизни, среди как молодого, так и старшего поколения.

Результаты и их обсуждение. Заболевания сердечно-сосудистой системы не относятся к малочисленным. Одни из них являются болезнями преимущественно сердца, другие – главным образом артерий (атеросклероз) или вен, третьи – поражают сердечно-сосудистую систему в целом (например, гипертоническая болезнь). Существуют также заболевания, в основе которых лежит воспалительный процесс.

Реабилитация больного человека с сердечно-сосудистым заболеванием это одна из самых актуальных задач нынешней медицины, так как данная патология, как было сказано выше, занимает первое место среди других причин смертности населения. Любое заболевание системы кровообращения приводит к заметному нарушению функции органов и систем, происходят сбои в кислород - транспортная системе, непосредственно сердечной мышце и головном мозге, а это самые чувствительные к дефициту кислорода органы.

Сердечно-сосудистые заболевания распределены на группы болезней сердца и кровеносных сосудов, в которую входят:

– Ишемическая болезнь сердца – это заболевание сердца, при котором ощущается чаще всего боль в груди, но диагностируется в том случае, если коронарная артерия, поставляющая кислород в миокард, сужена;



– Атеросклероз сосудов головного мозга – патологический процесс, характеризующийся отложением липидных бляшек на стенках крупных сосудов, с последующим их разрастанием и замещением соединительной тканью;

– Заболевания периферических артерий (ЗПА) или облитерирующий эндартериит – воспалительное заболевание, поражающее чаще всего артерии нижних конечностей, реже – верхних, при котором сужаются кровеносные сосуды (атеросклероз), нарушается нормальный кровоток, приводящий к недостаточному кровоснабжению тканей нижних конечностей;

– Ревмокардит – проявление ревматизма со стороны сердечно-сосудистой системы, поражение тканей сердца, имеющее воспалительный характер. Протекает как хроническое заболевание с периодами рецидивов;

– Врожденные пороки сердца – болезни сердечных клапанов, при которых орган начинает работать неправильно. Врожденное изменение строения клапанного аппарата, сердечных перегородок, стенок или отходящих от сердца крупных сосудов приводит к нарушению кровотока сердца;

– Инфаркт или инсульт является острым заболеванием и происходит, по большей части, из-за закупоривания сосудов, которое препятствует току крови к сердцу или мозгу. Чаще всего из-за образования жировых отложений на внутренних стенках кровеносных сосудов, которые снабжают сердце либо мозг. Кровотечения из кровеносного сосуда в мозге могут также быть причиной инсульта.

Причиной инфаркта миокарда и инсульта является сочетание таких факторов риска, как употребление табака, нездоровое и несбалансированное питание, отсутствие физической активности и умеренной нагрузки, чрезмерное употребление алкоголя, повышенное кровяное давление на постоянной основе.

Для профилактики и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями ВОЗ рекомендовала ряд наиболее выгодных и результативных методов, с учетом того, что затраты на мероприятия не столь высоки и без особой сложности возможно осуществить их, даже при условии низкого уровня ресурсов.

Они включают меры и вмешательства 2 видов – для всего населения и индивидуальные меры, которые могут использоваться в сочетании друг с другом для большей эффективности.

Примеры методов, приводящих к снижению роста заболеваемости сердечно-сосудистой системы на общенациональном уровне, являются следующие:

- Политика борьбы против табака (с помощью СМИ и пропаганды);
- Налогообложение продуктов с чрезмерно высоким содержанием жиров, сахара и соли, с целью снижения употребления;
- Повышение уровня физической активности, (например, следует начать строительство пешеходных и велосипедных дорожек).

Однако стоит обратить внимание на более действенные методы решения данной задачи, дабы не допустить ухудшения ситуации с заболеваемостью ССС.



Лечебно-физическая культура (ЛФК) – выполняется при восстановлении организма в целом, метод незатрудненной терапии, в котором физические упражнения выполняют роль восстановления. К тому же, разнообразные физические упражнения избирательно оказывают влияние на функции органа, что нужно иметь в виду при анализе патологических проявлений в отдельных системах и органах.

ЛФК – это метод активной функциональной терапии. Умеренная и рассчитанная лечащим врачом тренировка с нагрузками, помогают адаптировать отдельные системы и весь организм больного к поэтапно возрастающим нагрузкам, в конечном итоге приводя к развитию функциональной адаптации больного.

Подразделяется она на общую и специальную. В первом ставится цель оздоровления организма, укрепления иммунитета и общего развития систем организма, используются разнообразные виды общеукрепляющих и развивающих физических упражнений.

У специальной тренировки целью является развитие функций, нарушенных в связи с заболеванием или травмой. Здесь используются виды физических упражнений, непосредственно влияющие на область поражения или функционального сбоя.

Следует учитывать особенность протекания сердечно-сосудистых заболеваний. В частности, при их тяжелых формах нагрузки на организм сводятся к минимуму, выполняются дозированно, с определенными перерывами, применяются упражнения щадящего характера, умеренно влияющие на определенные группы мышц.

Пациентам с патологией ССС, необходимо начинать лечебные упражнения с утра, с утренней зарядки, сочетая с необходимостью прогуливаться умеренным шагом на улице или природе. Следует добавить, что продолжительность прогулки на протяжении всего дня должна быть около получаса. Прогулка поможет восстановить силы и получить релаксацию мозга после работы. Немаловажен для пациента рацион питания, исключая употребление тяжелой, сильносоленой, сладкой пищи, которая способствует образованию сгустков крови в кровеносных сосудах сердца. Полноценный здоровый сон так же является неразделимой частью лечения и профилактики.

Физические тренировки, это действующий метод лечения при разного рода заболеваниях сердечно-сосудистой системы, и в настоящее время находят все большее применение. Приведем один из распространенных примеров:

Тренировка на велотренажере.

Начальное положение: пациент усаживается плотно на сидение тренажера, чтобы в дальнейшем не испытывать дискомфорт во время занятия, наклоняет слегка туловище вперед, перекладывая вес тела, отчасти, на руки. Высота сидения должна быть такая, чтобы до педали в нижнем положении пациент мог полностью распрямить ногу, одновременно, не переваливаясь в сидении с боку



на бок в попытке дотянуться до слишком далеко вниз ушедшей педали – это важно, чтобы сделать занятия на тренажере эффективными.

Это отличный метод тренировки не только сердечно-сосудистой системы, но и общей выносливости, так как работает основная группа мышц — мышцы передней поверхности бедра. А подробнее, выполняется работа мышцами бедра ноги, идущей вниз, вторая нога в это время отдыхает и непринужденно поднимается вверх.

Направление движения: ступни и голеностопы совершают циклично повторяющиеся радиальные движения под центром тяжести тела либо чуть впереди его. Дыхание произвольное, ритмичное, кратное и синхронизированное с работой ног.

Принципиально учесть следующие факторы:

- Ноги должны работать с одинаково распределенным усилием.
- Спина, голова и руки не должны принимать участие в данном упражнении и остаются неподвижными

Самые частые ошибки:

- Сутулость, что приводит к нарушению нормального процесса дыхания
- Неправильно подобрана высота сидения.

Постоянное использование велотренажера замечательно избавит от бессонницы (но занятия должны заканчиваться не позднее, чем за 1,5 часа до сна).

Выводы. Следует понимать, что ЛФК, при сердечно-сосудистых заболеваниях это не единственный метод лечения и реабилитация пациентов. При выборе тактики требуется многосторонний анализ состояния пациента, предыдущий опыт для недопущения ошибок.

В процесс реабилитации нужно включить использование таких методов лечения как хирургические, микрохирургические, физиотерапию, массаж. Лишь в сочетании с современными способами лечения лечебная физкультура может быть эффективной и привести к намеченному результату.

Список литературы:

1. Электронный ресурс – Режим доступа: <http://library.mii.ru/methodics/05092016/методическое1.pdf> (Дата обращения 13.12.2020).
2. Электронный ресурс — Режим доступа: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (Дата обращения 10.12.2020).



УДК 159.9:796.01(075.8).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СПОРТА ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ (НА ПРИМЕРЕ КОМАНДЫ ЛУЧНИКОВ)

Сыркин Л.Д., Рымшина Ю.В.

Государственное общеобразовательное учреждение высшего образования
«Государственный социально-гуманитарный университет»

Кафедра психологического и социально- педагогического образования
г. Коломна, Российская Федерация

Актуальность темы состоит в возросшей потребности в ранней спортивной специализации, в разработке новых, качественных критериев отбора в стрельбе из лука, а также во внедрении новых методов психологического сопровождения лучников в интересах поступательного развития стрельбы из лука в Подмосковье. Одним из значимых мероприятий в психологическом сопровождении стрелков, на этапе ранней спортивной специализации, является профессиональный отбор; который предполагает выявление генетических, психофизиологических, и семейно-наследственных факторов; которые помогают психологу и тренеру, разглядеть задатки и потенциал ребенка, а также прогнозировать результаты дальнейшего, профессионально-спортивного мастерства.

Цель исследования: обеспечить создание кадрового резерва для профессионального обучения и подготовки спортсменов высшей квалификации в Подмосковье на основе оптимизации профессионального психологического отбора и психологического сопровождения.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 32 квалифицированных стрелка из лука (мужчин и женщин) в возрасте 18 – 36-ти лет и имеющих спортивную квалификацию: кандидат в мастера спорта (КМС), мастер спорта (МС) и мастер спорта международного класса (МСМК) (рис. 1).

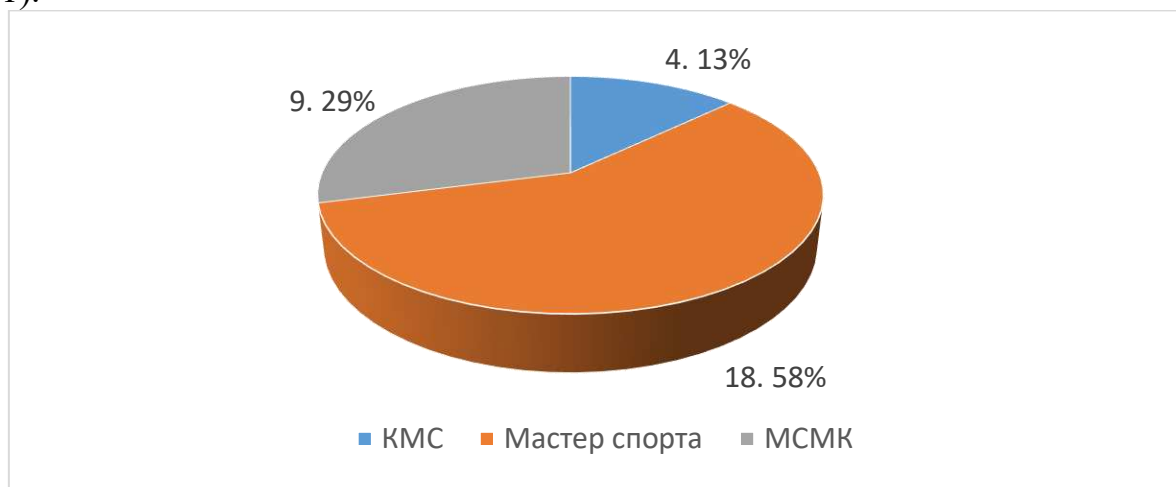


Рисунок 1. Количество испытуемых в процентном соотношении по присвоенным званиям



Для осуществления цели исследования и подбора кандидатов по выявленным качествам нами проводилось исследование на базе общеобразовательного учреждения «Лицей №4» г. Коломна.

Для проведения эмпирического исследования, в качестве кандидатов нами были выбраны три шестых класса, ученики в возрасте 11 – 12 -ти лет.

Для выявления ряда психофизиологических качеств кандидатов, нами использовались методики:

1. «Индивидуально типологический опросник» (Л.Н. Собчик) (ИТО),
2. «Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири),
3. Тест «Прогрессивные матрицы Равена»

Теоретические методы: изучение и анализ психологической, педагогической литературы по проблеме исследования.

Эмпирические методы: стабилметрия, антропометрия, анкетирование, тестирование.

Методы обработки данных: для обработки данных применялись параметрические методы статистики, программы Excel, метод средних значений, метод построения гистограмм, корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с задачами исследования для того, чтобы изучить профессионально важные качества лучников, позволяющие прогнозировать успех спортивно-состязательной деятельности, мы взяли за основу исследование, которое проводилось ранее на спортивной базе учебно-тренировочного центра спортивной подготовки «Бронницы» в течение 2015-го г. На основании этого исследования нами были разработаны критерии профессионально важных качеств, обеспечивающих раннюю специализацию и дальнейшую успешность в тренировочно-состязательной деятельности.

Первыми показателями, на которые хочется обратить внимание – это рост и вес ребенка. Отметим, что в стрельбе из лука к этим характеристикам не предъявляется никаких требований. При наблюдении за такими показателями как рост и вес у успешных спортсменов, напрашивается вывод о том: что успешным лучником может стать как человек со средним показателем роста, так и с высоким или низким. Вес тоже, не имеет значения. Однако стоит подчеркнуть, что на этапах последующего отбора, значение веса (как приобретение, так и потеря), роста, и размаха рук кардинально влияют на результат. Поэтому при дальнейшем отборе следить за изменением этих показателей необходимо [2].

При выявлении генетических предрасположенностей к спортивной деятельности среди детей следовало бы провести более объемное анкетирование, направленное на сбор данных о спортивных достижениях семьи и ближайших родственников; ведь немало общеисторических биографий о том, что успешные спортсмены часто выходят из спортивных династий. Поэтому, полученные нами результаты можно отнести к формальным.

Важнейшими психофизиологическими показателями в стрельбе из лука могут выступать такие качества как:



агрессия – чтобы препятствовать эмоциональному напряжению, и умению настроиться на соревновательную борьбу;

интровертированность, чтобы быть способным концентрироваться на внутренних переживаниях и более осмысливать происходящее. Полагаю, что интроверсия – это качество, которое также поможет лучнику более сконцентрироваться на целях, мишени, и на стартовой линии.

Ригидность и спонтанность тоже, полагаю, должна быть присуща лучнику [1].

Общеизвестный факт, что спортсмен должен обладать достаточным коэффициентом интеллекта. И чем выше интеллектуальные способности, тем успешнее будет процесс усвоения ребенком нового [3].

Эмоциональный интеллект. Ребенку необходимо уметь выстраивать гармоничные межличностные отношения, иметь дух сотрудничества, уметь регулировать эмоции, адаптироваться к новым условиям; так же, уметь мотивировать себя и предъявлять к себе высокие требования.

Все, вышеперечисленные качества, можно отнести к важным для первичного отбора в секцию стрельбы из лука.

После полученных результатов, проведенных в Лицеи №4 нами, были отобраны 5 кандидатов, которые обладают устойчивыми индивидуально-личностными особенностями такими как: интроверсия, агрессия, ригидность и спонтанность.

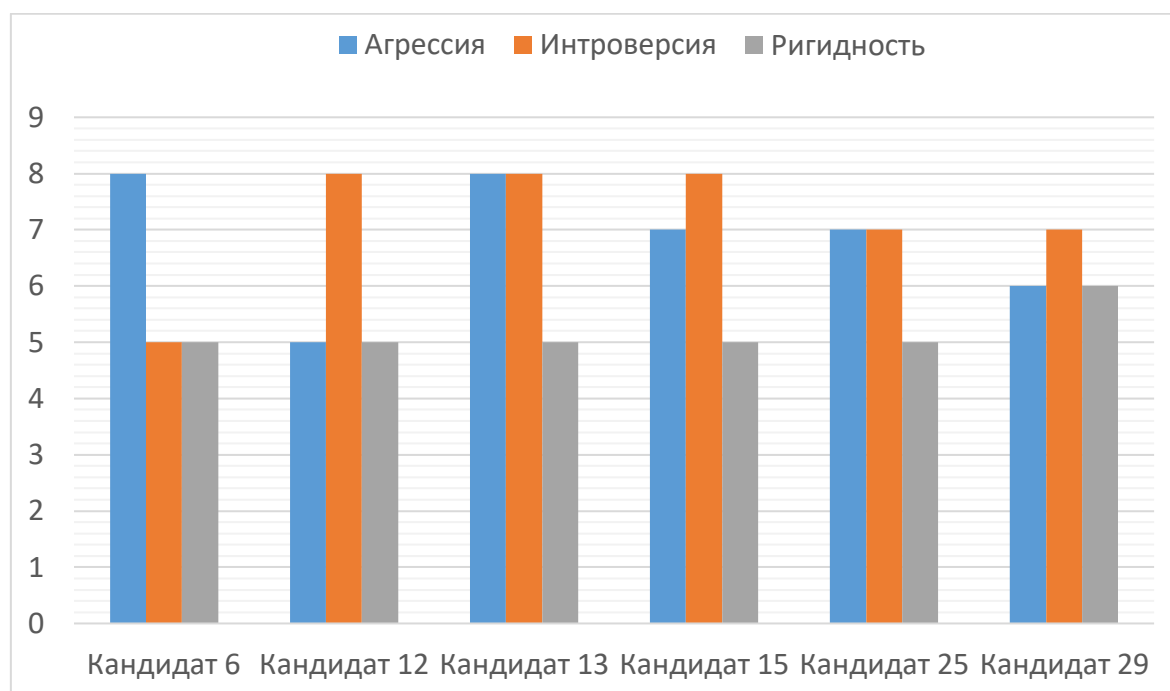


Рисунок 2. Результаты выбранных кандидатов по диагностической методике ИТО Л.Н. Собчик.



Данные психодиагностического исследования позволяют судить об индивидуальной пригодности этих кандидатов по соотношениям показателей других проведенных психодиагностических тестов.

В целях популяризации, развития спорта, и создания кадрового резерва спортсменов, для Государственного училища (техникума) олимпийского резерва г. Бронницы, нами, была разработана программа психологического сопровождения и отбора «Первичный отбор», которая на раннем этапе помогает отобрать более талантливых, и успешных спортсменов для вида спорта стрельба из лука.

В интересах оптимизации психологического сопровождения, призванного обеспечить высшие спортивные достижения нами, был разработан ряд рекомендаций для психологов, тренеров, и родителей.

Выводы.

1. На выборке спортсменов, представляющих спорт высших достижений, нами были выявлены профессионально важные психофизиологические качества для стрельбы из лука, которые позволяют прогнозировать успех спортивно - состязательной деятельности. Наиболее важными качествами оказались: интровертированность, агрессия, ригидность, спонтанность; высокий и средний показатель интеллекта, лидирующий, волевой, агрессивный, но сотрудничающий стили общения.

2. Рост эффективности спортивно - состязательной деятельности который мы отследили в исследовании на примере команды лучников, может указывать на необходимость психологического сопровождения в спорте и обосновывает потребность пролонгированного спортивного отбора в училище Олимпийского резерва г. Бронницы. В ходе исследования по выявленным профессиональным качествам на примере команды лучников, нами были отобраны 5 кандидатов в секцию стрельбы из лука.

3. Разработана программа психологического сопровождения и отбора лучников в училище Олимпийского резерва г. Бронницы (Московская область)

4. Также по исходу исследования в качестве интересов совершенствования психологического сопровождения и достижения положительных результатов в подготовке спортсменов Подмосковья, нами были разработаны рекомендации участникам образовательного процесса в училище Олимпийского резерва.

Список литературы:

1. Сыркин Л.Д. Разработка методики оценки функциональных возможностей воспитанников ДЮСШОР с целью сохранения их психического здоровья. / Л.Д. Сыркин, В.М. Звоников, А.А. Зуйкова // Вестник восстановительной медицины. – 2011. – № 2 (42). – С. 18 – 21.

2. Сыркин Л.Д., Зуйкова А.А. Здоровьесбережение спортсменов: профессиографический аспект. / Мат. VI Междунар. науч. конф. психологов физической культуры и спорта «Рудиковские чтения». – М., 2010. – С. 437 – 440.



3. Дашинимаева А.Б.-Ц. Исследование индивидуально- типологических особенностей стрелков из лука высокой квалификации / А.Б.-Ц. Дашинимаева, Е.В. Романина // Спортивный психолог. – 2012. – № 3 (27). – С. 35 – 39.



УДК: 376.016:796

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОСАНКИ ДЕТЕЙ

Тиханович Ж.В., Калюжин В.Г., Автухович Н.С.

Белорусский государственный университет физической культуры
Кафедра лечебной физической культуры и физической культуры дошкольников
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность темы. Нарушения осанки являются наиболее распространенными дефектами опорно-двигательного аппарата у детей и подростков. Они служат предпосылкой для возникновения ряда функциональных расстройств в детстве и оказывают отрицательное влияние на течение многих заболеваний у взрослых. По последним данным, число детей с нарушениями осанки достигает 30 – 60 %. В формировании правильной осанки основную роль играют позвоночник и мышцы, окружающие его [3].

Причины, которые могут привести к нарушениям осанки, многочисленны. Отрицательное влияние на формирование осанки оказывают неблагоприятные условия окружающей среды, социально-гигиенические факторы, в частности длительное пребывание ребенка в неправильном положении. В результате долгого пребывания тела в неправильном положении происходит образование навыка неправильной установки тела. В одних случаях этот навык формируется при отсутствии функциональных и структурных изменений со стороны опорно-двигательного аппарата, а в других – на фоне патологических изменений врожденного или приобретенного характера [1].

В наше время такая проблема как нарушение осанки у детей дошкольного возраста очень актуальна. Действия, которые могут привести к нарушению осанки: неправильная рабочая поза при посадке за столом, гиподинамия – ограничение физической активности, слабое физическое развитие, врожденные вывихи бедра, ношение неподходящей обуви, ожирение и др. заболевания.

Профилактика развития нарушений осанки должна быть комплексной и включать [2]:

- а) сон на жесткой постели в положении лежа на животе или спине;
- б) правильная и точная коррекция обуви: устранение функционального укорочения конечности, возникшее за счет нарушений осанки; компенсация дефектов стоп (плоскостопие, косолапость);
- в) организация и строгое соблюдение правильного режима дня (время сна, бодрствования, питания и т.д.);
- г) постоянная двигательная активность, включающая прогулки, занятия физическими упражнениями, спортом, туризмом, плавание;
- д) отказ от таких вредных привычек, как стояние на одной ноге, неправильное положение тела во время сидения;



е) контроль за правильной, равномерной нагрузкой на позвоночник при ношении рюкзаков, сумок, портфелей и др.

Цель исследования. Целью нашего исследования являлось изучение особенностей физического развития у детей дошкольного возраста с нарушением осанки. Были изучены такие вопросы, как особенности осанки детей, имеющих патологию опорно-двигательного аппарата, причины нарушения осанки, а также профилактика развития нарушений осанки. Исследование проводилось на базе специального детского сада. В эксперименте приняли участие 20 детей среднего дошкольного возраста с нарушением осанки в возрасте 5 – 6-ти лет (11 мальчиков и 9 девочек) и 10 здоровых дошкольников 5 – 6-ти лет (5 мальчиков и 5 девочек). Нами определялось функциональное состояние осанки детей с нарушением осанки и здоровых дошкольников.

Материал и методы. Соматоскопия – это внешний осмотр, позволяющий изучить особенности осанки и телосложения. Для этого испытуемым детям был предложен ряд контрольно-педагогических тестов [4].

Тест для определения статической выносливости мышц шеи. Методика выполнения: И.п. – лежа на спине, руки вниз. По сигналу «Старт» ребёнок должен приподнять голову и шею, смотреть на носки и зафиксировать положение. Оценка теста: учитывается время устойчивого состояния в данной позе в секундах.

Тест для определения статической выносливости мышц живота. Методика выполнения: И.п. – лежа на спине, руки вниз. По сигналу «Старт» ребёнок должен поднять ноги до угла 45 градусов и зафиксировать положение. Оценка теста: учитывается время устойчивого состояния в данной позе в секундах.

Тест для определения статической выносливости мышц спины. Методика выполнения: И.п. – лежа на животе, руки вверх. По сигналу «Старт» ребёнок должен поднять ноги и руки и зафиксировать это положение. Оценка теста: учитывается время устойчивого состояния в данной позе в секундах.

Тест «Наклон назад». Оборудование: сантиметровая лента. Методика выполнения: сантиметровая лента накладывается от остистого отростка 7-го шейного позвонка (наиболее выступающего при наклоне вперед) до начала межъягодичной складки. Повторное измерение проводится при максимальном наклоне назад с выпрямленными в коленных суставах ногами. Оценка теста: Определяется подвижность позвоночника при наклоне назад из положения стоя.

Тест «Удержание туловища». Оборудование: гимнастический коврик, секундомер. Методика выполнения: обследуемый выполняет тест из положения, лежа на животе. Руки за головой (или на поясе), стопы фиксированы на гимнастической скамейке (или удерживает партнер). Выполнить удержание тела



в горизонтальном положении лежа в упоре на бёдрах (верхняя часть туловища находится на весу, разгибание туловища под углом $5 - 10^0$). Оценка теста: определить статическую выносливость мышц-разгибателей спины.

Тест для определения подвижности позвоночника. Оборудование: гимнастическая скамья, линейка. Методика выполнения: И.п. – стоя на скамейке, стопы параллельно. По сигналу «Начали» ребёнок делает наклон вперед, не сгибая ноги в коленном суставе. С помощью линейки в сантиметрах измеряется результат – 0 от скамейки. Оценка теста: определяется подвижность позвоночника.

Тест «Наклон вперед из положения сидя». Оборудование: измерительная линейка. Методика выполнения: И.п. – сидя на полу. Обследуемый садится на край начерченной линии так, чтобы его пятки оказались на линии (расстояние между пятками 20 – 30 см, ступни параллельны, руки вперед-вовнутрь, ладони вниз). Обследуемый выполняет 2 предварительных медленных наклона, скользя ладонями вдоль линейки, на 3 наклоне задерживается не менее, чем на 3 секунды. Во время наклона колени не сгибать. Оценка теста: результат определяется по отметке, достигнутой кончиками сомкнутых средних пальцев рук, и определяется с точностью до 1-го см.

Тест для определения «Треугольников талии». Методика выполнения: обследуемый выполняет наклон туловища вперед с выпрямленными в суставах ногами и опущенными вниз расслабленными руками. Наклон выполняется медленно. Осмотр спереди позволяет обнаружить торсию в грудном отделе позвоночника, осмотр сзади – торсию в поясничном отделе. Оценка результата: при сколиозе на выпуклой стороне треугольник: уменьшается вплоть до исчезновения, а на вогнутой – увеличивается.

Результаты и их обсуждение. Дети с нарушением осанки составили экспериментальную группу исследования, а здоровые дети – контрольную группу исследования. Сравнительные результаты тестирования статической выносливости мышц шеи показали, что средний результат теста в контрольной группе составил 32,26 сек, а в экспериментальной группе – 16,66 сек. Сравнительные результаты тестирования статической выносливости мышц живота в контрольной группе составил – 16,93 сек, а в экспериментальной группе – 13,46 сек. Уровень статической выносливости мышц живота в контрольной группе выше на 3,47 сек. Сравнительные результаты тестирования статической выносливости мышц спины в контрольной группе составил – 16,06 сек, а в экспериментальной – 18,13 сек. Уровень статической выносливости в контрольной группе выше на 2,07 сек. Средний результат теста «наклон вперед» в контрольной группе составил 4,41 см, а в экспериментальной группе – 4,06 см. Подвижность позвоночника в контрольной группе выше на 0,35 см.



Выводы. Лечение патологии опорно-двигательного аппарата всегда длительное, сложное, требующее значительных усилий не только от специалистов, но и от самого больного. Порой проблемы с осанкой и лечебные мероприятия делают недоступными для ребенка некоторые стороны «общественной» детской жизни [7].

Важно предупредить возникновение нарушений осанки, т.е. систематически заниматься адекватной физической нагрузкой и регулярно ежегодно посещать с ребенком врача-ортопеда для профилактических осмотров. Кроме того, общее развитие малыша возможно улучшить при помощи спортивных секций, посещать которые можно с 4 – 5-ти лет [6].

Лучшему развитию осанки способствует плавание (предпочтительно брассом, на спине). Помимо этого, полезны занятия волейболом, баскетболом, лыжным спортом (по пересеченной местности). Важно поддерживать интерес ребенка к спортивным занятиям, что позволит ему избежать многих проблем, связанных с осанкой. В последующих исследованиях планируется разработка специальной программы для профилактики нарушений осанки, а также сравнительная характеристика с начальными показателями [5].

Список литературы:

1. Киреев А.В. Исцеление позвоночника / А.В. Киреев. – М.: Ч.А.О и К, 2001. – 94 с.
2. Логвина Т.Ю. Физкультура, которая лечит / Т.Ю. Логвина. – Мозырь: Белый Ветер, 2003. – 172 с.
3. Малахов Г.П. Здоровый позвоночник – красивая осанка, прекрасное здоровье / Г. П. Малахов. – СПб.: Невский проспект, 2004. – 160 с.
4. Милюкова И. В. Лечебная физкультура: новейший справочник / И.В. Милюкова, Т.А. Евдокимова. – М.: ФиС, 2003. – 567 с.
5. Халемский Г.А. Физическое воспитание детей со сколиозом и нарушением осанки / Г.А. Халемский. – М.: НЦ ЭНАС, 2011. – 375 с.
6. Шлемина А.М. Воспитание правильной осанки: учебное пособие / А.М. Шлемина – 2-е испр. и доп. изд. – М.: Гранд, 2008. – 70 с.
7. Яковлева Л.В. Физическое развитие и здоровье детей 3 – 7 лет: пособие для педагогов дошкол. учреждений / Л.В. Яковлева, Р.А. Юдина. В 3 ч. – Ч. 1. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 315 с.



УДК 378.14.015.62

**САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА КАК ВАЖНЫЙ АСПЕКТ
ФОРМИРОВАНИЯ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА ПО ПРЕДМЕТУ
«МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»**

Федорук К.Р.

Государственное образовательное учреждение высшего образования
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии
г. Тирасполь, Приднестровье

Актуальность темы. Все более очевидно, что сегодня высшее образование, в том числе медицинское, уходит от информационной парадигмы, которая ориентирована на трансляцию знаний, развитие умений, приобретение навыков и переходит к компетентностной. Современное общество нуждается в специалистах с высшим медицинским образованием, которые не только обладают профессиональными знаниями, умениями и навыками, но и способностью к принятию ответственных решений в неопределенных ситуациях, к ориентации в различных направлениях, в том числе в области медицинской реабилитации.

Предмет «Медицинская реабилитация» занимает отдельное место в учебном плане студента медицинского факультета, так как в последние годы термин «реабилитация» становится особенно популярным и востребованным в социуме. Потребность кадров в области медицинской реабилитации привела к тому, что с 2012-го года в номенклатуру должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим профессиональным образованием учреждений здравоохранения была введена должность «врач по медицинской реабилитации» [5]. Будущие специалисты по медицинской реабилитации могут работать в медицинских учреждениях различных типов. Осуществляя реабилитационные мероприятия для сохранения здоровья населения различных возрастных групп, они должны знать и уметь применять современные средства, формы и методы реабилитации, определить принадлежность пациента к тому или иному функциональному классу, необходимый для пациента объем реабилитационной помощи, алгоритмы направления в лечебные учреждения и составления реабилитационной программы, организовать и оценить эффективность реабилитации после проведенных мероприятий на разных этапах.

Для решения указанных задач необходимо повысить роль самостоятельной работы не только студентов по усвоению учебного материала, но и усилить ответственность преподавателей за освоение навыков самостоятельной работы студентов, стимуляцию профессионального роста, формирование их активности и творческой инициативы [2]. В современном образовательном процессе вопросы, связанные с реализацией самостоятельной работы студентов в высшем



профессиональном образовании, являются одними из наиболее широко обсуждаемых в кругу исследователей, занимающихся данной проблемой. Сложность успешной реализации самостоятельной работы студентов заключается в необходимости оптимизации времени, которое отводится на аудиторную самостоятельную работу и выполнение ее за пределами учебного процесса. Изучив научную литературу по опыту применения самостоятельной работы студентов, мы пришли к выводу, что к определению термина «самостоятельная работа студента» в педагогической науке до сих пор нет единого подхода. Некоторыми исследователями самостоятельная работа понимается как активный творческий процесс студентов, в основе которого находятся умения мыслить самостоятельно, способности к ориентации в новых ситуациях, постановка новых задач и нахождение подходов к их решению [1,3,4,6].

Таким образом, можно констатировать, что с одной стороны, самостоятельную работу следует рассматривать как деятельность студентов, которая направлена на развитие их активности, познавательного интереса, самообразования, а с другой – как деятельность преподавателей, которая направлена на управление, координацию и контроль за данной деятельностью студентов.

Цель исследования. Показать роль самостоятельной работы в усвоении знаний студентов по предмету «Медицинская реабилитация».

Материал и методы. Материалами исследования послужили данные научных литературных источников, нормативно-правовые документы, собственный психолого-педагогический опыт преподавания медицинской реабилитации. В исследовании использовались методы теоретического системного анализа и синтеза источников по теме научной работы, оценки информационного и дидактического содержания исследуемой проблемы.

Результаты и их обсуждение. Результаты освоения дисциплины зависят не только от уровня теоретических знаний, но и от уровня самостоятельной работы студентов, который зависит от начальной подготовленности к этому труду, желания и возможностей заниматься самостоятельно.

С целью успешного освоения предмета «Медицинская реабилитация» самостоятельная работа студентам предлагается в виде различных заданий. К ним можно отнести:

– Задания, которые включают в себя требования выполнений определенных действий по образцу – задания копирующего типа. Выполнение данных заданий способствует систематизации знаний, закреплению в памяти ранее пройденного материала.

– Задания, предусматривающие возможность для студентов самостоятельно выработать способы решения установленной проблемы на основе имеющихся знаний – задания частично-поискового характера. В зависимости от уровня подготовленности каждого студента при выполнении



данного задания у преподавателя появляется необходимость применить индивидуальный подход.

– Задания исследовательского характера, выполнение которых способствует развитию свободы творчества студентов. Они представляют собой одну из форм проблемного обучения.

В реализации перечисленных заданий для самостоятельных работ нет резкого перехода. Как правило, разные задания могут комбинироваться друг с другом и последовательно усложняться как по содержанию, так и по приемам интеллектуальной деятельности.

Для самостоятельной работы присущ деятельностный характер, поэтому в ее структуре можно выделить следующие компоненты: мотивацию, конкретную задачу, способы выполнения и решения, контроль.

Самостоятельная работа предусматривает выполнение заданий, более полно раскрывающих объем учебного материала по предмету, не нашедшего интерпретации (или малоинтерпретированного) на лекциях и практических занятиях.

С этой целью мы предлагаем студентам решать ситуационные задачи по темам, проводить дискуссии, моделировать конкретные ситуации – составлять реабилитационные программы для пациентов с различной патологией на основе изучения дополнительной литературы и ресурсов Интернет. Эффективность самостоятельной работы студентов во многом зависит также и от обеспечения изучаемой дисциплины учебной литературой, научно-методическими разработками кафедры и возможности использования специальных периодических изданий. В помощь студентам в университете разработана электронная образовательная платформа Moodle, на которой представлена страница предмета «Медицинская реабилитация». С целью методической поддержки студентов по самостоятельной работе преподаватель на своем курсе располагает доступную для использования основную и дополнительную литературу, презентации интернет-ресурсы и т.д. Студенты также имеют возможность воспользоваться личными сообщениями преподавателю с целью получения консультации по выполнению того или иного вида самостоятельной работы, а также общаться со своими сокурсниками. Электронная образовательная платформа Moodle является инструментом, помогающим в организации самостоятельной работы студентов и быстрой их адаптации к будущим профессиональным условиям.

Также в соответствии с требованиями ФГОС ВО 3+ и учебным планом дисциплины на кафедре разработан комплекс учебно-методического обеспечения, который также представлен в электронном виде на образовательном портале университета. Он включает в себя: рабочие программы по дисциплине «Медицинская реабилитация» для специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия», фонды оценочных средств, мультимедийное обеспечение лекционного курса, учебники и учебные пособия в электронных версиях, аудио- и видеоматериалы и др.



Выводы. Для успешной реализации самостоятельной работы по предмету «Медицинская реабилитация» необходимо:

- правильно определить разделы, относящиеся к ним темы, вопросы, задачи, которые предлагаются студентам для аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы;
- обосновать содержание и объем теоретического материала и практической информации, относящиеся к каждой теме, предлагаемых для самостоятельной работы;
- произвести отбор и предложить методы и формы самостоятельной работы для студентов, соответственно с существующими современными технологиями образования;
- становить формы и методы контроля самостоятельных работ для студентов;
- разработать критерии оценки результатов внеаудиторной самостоятельной работы.

Организация самостоятельной работы основана на деятельности, направленной на обеспечение студентов всем спектром информационной и методической поддержки. Ее эффективность зависит от:

- рационального сочетания времени студента на самостоятельную работу как с преподавателем, так и самостоятельно;
- структуры и грамотности организации самостоятельной работы студентов в аудитории и за ее пределами;
- методов и форм контроля организации самостоятельной работы;
- индивидуальных возможностей и особенностей как студента, так и преподавателя, средств, наличия ресурсов.

Таким образом, самостоятельную работу можно рассматривать как один из главных резервов повышения качества подготовки будущих врачей.

Список литературы:

1. Алханов А.Ф. Самостоятельная работа студентов / А.Ф. Алханов // Высшее образование в России. – 2005. – № 11. – С. 86 – 89.
2. Архангельский С.И. Учебный процесс в высшей школе и его закономерные основы и методы / С.И. Архангельский. – М.: Высшая школа, 1980. – 368 с.
3. Грибова Н.Г. Самостоятельная работа студента в современном вузе / Н.Г. Грибова, Т.Г. Грушева, Ж.А. Полякова, Л.И. Фирсова, Е.О. Тарасов // Инновации в науке. – 2014. – № 31 – 2. – С. 22 – 27.
4. Ковалевский И. Организация самостоятельной работы студентов / И. Ковалевский // Высшее образование в России. – 2000. – № 1. – С. 114 – 115.
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30.03. 2012 г. № 302н «О внесении изменений в номенклатуру должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием



**Интегративная медицина, реабилитационные технологии:
образование, наука и практика**



учреждений здравоохранения, утвержденную приказом Минздравсоцразвития России от 25.07.2011 г. № 801н».

6. Разумова Л.Н. Активизация самостоятельной работы студентов вузов в процессе профессиональной подготовки. – Челябинск: УВВАКИУ, 2008. – 158 с.



УДК 616-092-11:616-08-039.71

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
БИОЛОГИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД В
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ**

Фролков В.К., Жернов В.А., Зубаркина М.М.

Российский университет дружбы народов

Медицинский институт

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

с курсом реабилитационной медицины

г. Москва, Российская Федерация

Актуальность темы. Известно, что основная роль в регуляции обмена веществ и энергии принадлежит эндокринной системе, в рамках которой реализуется метаболический потенциал гормонов как в условиях нормы, так и при различных патологических состояниях [5]. Вместе с тем, в ряде случаев, когда пациент находится в тяжелом состоянии, возникает проблема нормального функционирования органов пищеварения, что автоматически трансформируется в гастроинтестинальную гормональную недостаточность со всеми вытекающими осложнениями: снижается активность полостных процессов пищеварения и нарушается обмен веществ и энергии на уровне целого организма. Второе обстоятельство имеет огромное значение для исхода тяжелых жизнеугрожающих состояний, поскольку неадекватная регуляция метаболических реакций (в первую очередь углеводного и липидного обмена) становится мощным лимитирующим фактором для восстановления здоровья. Есть некоторые основания полагать, что в качестве относительно простого и доступного фактора активации деятельности органов пищеварения могут выступить минеральные воды для внутреннего применения.

Целью настоящего **исследования** было проанализировать влияние минеральных вод на индукцию гормонов пищеварительной системы и регуляцию метаболических реакций.

Материал и методы. Исследования проведены на 154-х белых крысах-самцах линии Вистар с массой тела 180 – 200 грамм. У 20-ти здоровых животных и 15-ти здоровых добровольцах исследовались однократные эффекты внутреннего приема минеральной воды. Остальные животные получали курсовой профилактический (трехнедельный) прием минеральной воды с последующим воспроизведением у них различных патологических моделей. Таким образом, можно было оценить профилактический потенциал этой методики воздействия на пищеварительную систему. В качестве патологических моделей были выбраны: экспериментальная гастродуоденальная язва, воспроизводимая по методу Окабе [6], нейродистрофическое поражение желудка по методу И.С. Заводской [1], гипоксическая гипоксия в барокамере на «высоте» 9000 м (n=20), токсико-химическое поражение печени



четырёххлористым углеродом и этанолом по методу Н.П. Скакун, С.Ф. Ковальчук [4], плавание до отказа с грузиком на хвосте в 20 грамм (n=30). В качестве контроля применялась питьевая вода.

В сыворотке крови исследовалась концентрация гормонов радиоиммунным методом, а также биохимических субстратов энергетического обмена (глюкозы, свободных жирных кислот), системы перекисного окисления липидов (малонового диальдегида и каталазы).

В работе использовалась гидрокарбонатно-хлоридная натриевая минеральная вода «Ессентуки № 17» с содержанием солей 11,8 г/л. В эксперименте вода вводилась интрагастрально в дозе 1,5 мл на 100 г массы тела животного, здоровые добровольцы получали 200 мл минеральной воды.

Статистический анализ проводился с помощью программного комплекса Statistica v.7.0 (StatSoft, USA).

Результаты и их обсуждение. Нами установлено, что при однократном внутреннем приеме минеральной воды у здоровых белых крыс линии Вистар отмечаются множественные изменения секреции гормонов (табл. 1).

Таблица 1
Влияние однократного приема минеральной воды "Ессентуки № 17" на уровень гормонов и метаболические показатели в крови у здоровых животных (n=20)

Показатели	Время после приема минеральной воды, мин			
	00	05	15	30
Гастрин, пг/мл	33,9±2,27	85,6±6,06*	58,9±4,10*	38,5±3,25
Глюкагон, пг/мл	73,0 ±5,48	202,9±21,3*	134,4±14,6*	86,7±6,09
Инсулин, мкЕ/мл	20,2±1,49	13,1±0,95*	26,8±1,87*	37,8±2,41*
Адренокортикотропный гормон, пг/мл	86,3±4,12	231,2±16,5*	169,5±12,4*	105,6±7,16*
Кортизол, нмоль/л	67,9±3,07	88,3±3,81*	103,9±5,49*	81,5±3,44
Гликемия, ммоль/л	4,27±0,21	4,83±0,27	5,12±0,33*	4,92±0,24*
Свободные жирные кислоты, мг-экв/л	0,54±0,05	0,64±0,06	0,89±0,08*	0,81±0,07*
Холестерин, ммоль/л	3,39±0,18	3,44±0,19	3,16±0,17	3,49±0,20
Триглицериды, ммоль/л	1,94±0,12	1,87±0,13	2,03±0,15	1,79±0,11
Малоновый диальдегид, ммоль/л	6,72±0,24	7,85±0,31*	6,28±0,22	5,43±0,18*
Каталаза, ммоль Н ₂ О ₂ /(мин • г Нв)	16,7±0,63	15,6±0,54	17,0±0,71	19,5±0,85*

Примечание: звездочкой отмечена достоверность различия по сравнению с исходными данными.

Отчетливо проявляется гастринстимулирующее действие, по-видимому, за счет ощелачивания желудочного содержимого. Ярко выражен стрессорный компонент, который ассоциируется с увеличением выброса глюкагона (мощного гликогенолитического и липолитического фактора), адренокортикотропного



гормона и кортизола. На этом фоне возрастает концентрация глюкозы и свободных жирных кислот – основных прекурсоров АТФ. Активность системы перекисного окисления липидов носит фазовый характер: кратковременное усиление проокислительных реакций с последующей активацией каталазы – фермента антиоксидантной защиты. Торможение инсулинемии в первые минуты после перорального введения минеральной воды является косвенным подтверждением наличия стрессорной реакции, однако позднее, за счет активации секреции интестинальных гормонов (в первую очередь, гастроингибирующего полипептида, обладающего мощным инсулинстимулирующим действием) продукция инсулина увеличивается, что свидетельствует о функционировании энтероинсулярной оси. Практически те же эффекты были отмечены и у здоровых добровольцев при однократном приеме этой минеральной воды, хотя ответные реакции (особенно стрессорного характера) были выражены слабее, чем в эксперименте, что может быть связано с более эффективными адаптационными механизмами человеческого организма (табл. 2).

Таблица 2
Влияние однократного приема минеральной воды “Ессентуки № 17” на
секрецию гормонов и метаболические показатели
у здоровых добровольцев

Показатели	Исходный уровень	Время после приема минеральной воды, мин			
		5	15	30	60
Гастрин, пг/мл	47,4±3,42	87,3±6,64*	47,6±5,07	40,1±2,12	32,8±1,56*
Глюкагон, пг/мл	115±6,48	158±8,15*	140±7,41*	125±7,03	78±4,51*
Адренокортико- тропный гормон, пг/мл	36,0±1,40	42,3±1,82*	38,1±1,49	22,9±0,97	25,6±1,08
Кортизол, нмоль/л	299±18,6	341±23,1	348±26,4	333±20,4	255±22,6
Инсулин, мкЕ/мл	7,17±0,48	8,03±0,52	15,4±0,90*	12,3±0,74*	10,2±0,65*
Глюкоза, ммоль/л	4,22±0,21	4,43±0,32	4,50±0,37	4,25±0,24	4,08±0,18
Свободные жирные кислоты, мг-экв/л	0,79±0,06	0,83±0,07	0,88±0,07	0,95±0,08	0,83±0,06
Холестерин, ммоль/л	3,13±0,18	3,08±0,15	3,32±0,17	3,41±0,21	3,25±0,19
Триглицериды, ммоль/л	1,82±0,10	1,76±0,09	1,85±0,11	1,88±0,12	1,79±0,11
Малоновый диальдегид, ммоль/л	8,95±0,30	10,3±0,39*	9,19±0,33	8,40±0,28	7,55±0,23*
Каталаза, ммоль Н ₂ О ₂ /(мин • г Нв)	14,0±0,56	14,3±0,54	15,2±0,61	16,7±0,72*	17,4±0,79*

Примечание: звездочкой отмечены достоверные отклонения от исходного уровня



Таким образом, прием минеральной воды в условиях здорового организма способствовал развитию адаптационных процессов и оптимизации энергетического гомеостаза. В этих условиях, согласно идеям Ф.З. Меерсона [2], должна возрасти резистентность организма к неблагоприятным воздействиям. Проведение исследований в этом направлении подтвердили эти предположения.

Установлено, что предварительный курсовой прием минеральной воды «Ессентуки № 17» у здоровых белых крыс линии Вистар значительно повышает резистентность организма к действию неблагоприятных и патогенных факторов с ярко выраженной неспецифичностью (табл. 3).

Таблица 3

**Профилактические эффекты курсового приема минеральной воды
«Ессентуки № 17» на различных патологических моделях**

Патологическая модель	Показатели	Курсовой прием питьевой воды	Курсовой прием минеральной воды
Гастродуоденальная язва по Окабе (40-й день после воспроизведения язвы) Контроль n=15 Опыт n=15	Площадь язвы в желудке, мм ²	20,4±0,36	14,8±0,23***
	Площадь язвы в двенадцатиперстной кишке, мм ²	12,0±0,19	3,79±0,08***
	Гастрин, пг/мл	54,5±3,19	71,6±4,60*
	Глюкагон, пг/мл	108,1±8,64	144,6±10,3*
	Инсулин, мкЕ/мл	12,0±0,48	24,2±0,63***
	Глюкоза, ммоль/л	4,66±0,15	4,97±0,19
Нейродистрофическое поражение желудка по И.С. Заводской (через 24 часа после патологического воздействия) Контроль n=12 Опыт n=12	Степень поражения слизистой оболочки желудка, баллы	11,5±0,42	2,64±0,08***
	Гастрин, пг/мл	39,3±2,72	62,6±4,98**
	Глюкагон, пг/мл	125,5±9,14	180,1±15,3**
	Инсулин, мкЕ/мл	38,7±2,64	69,4±5,18**
	Глюкоза, ммоль/л	4,82±0,17	5,14±0,22
Гипоксическая модель (подъем в барокамере на 9000 м и экспозицией 60 минут) Контроль n=10 Опыт n=10	Степень поражения слизистой оболочки желудка, баллы	4,70±0,16	0,59±0,03***
	Смертность животных	60%	20%*
	Гастрин, пг/мл	46,1±4,06	72,9±6,55**
	Глюкагон, пг/мл	81,5±6,80	198,5±17,1**
	Инсулин, мкЕ/мл	40,9±3,02	27,5±1,87*
	Глюкоза, ммоль/л	4,52±0,15	4,12±0,12

Примечание: звездочками обозначено достоверность различия показателя между группами животных (* – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001)



Так у крыс, после курсового воздействия в 1,5 – 3 раза снижаются темпы развития экспериментальных гастродуоденальных язв. Этот феномен ассоциируется с увеличением продукции гастрина и инсулина (обладающих мощным трофическим влиянием) и секреции глюкагона, мобилизующего углеводные прекурсоры АТФ.

Моделирование нейродистрофического поражения желудка по методу И.С. Заводской у животных, получавших предварительно курсовой прием минеральной воды, также выявило резкое снижение чувствительности организма к мощному стрессорному воздействию. И в этом случае уменьшение степени повреждения желудка (почти в 5 раз) сопровождалась увеличением секреции гастрина, инсулина и глюкагона на фоне небольшой гипергликемии.

Принципиально иная патологическая модель (гипоксия на «высоте» 9000 метров) также подтвердила наличие первично-профилактического действия курсового приема минеральной воды. Во-первых, многократно снизилась степень повреждения слизистой оболочки желудка и, во-вторых, уменьшилась смертность животных от гипоксии в первые 60 минут.

Следовательно, нами получены убедительные доказательства наличия первично-профилактического эффекта у питьевых минеральных вод при их внутреннем приеме.

Выводы. Минеральные воды для внутреннего применения обладают значимым гормонмодулирующим потенциалом, способны активировать энергетический метаболизм и их курсовой прием может повысить резистентность организма к действию патогенных и неблагоприятных факторов. Поэтому целесообразно рассмотреть вопрос о включении этого фактора в комплексные программы реабилитации пациентов после жизнеугрожающих состояний.

Список литературы:

1. Заводская И.С., Морева Е.В. Фармакологический анализ механизма стресса и его последствий. – Л.: Наука, 1981. – 212 с.
2. Меерсон Ф.З., Пшенникова М.Г. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
3. Полушина Н.Д., Фролков В.К., Ботвинева Л.А. Превентивная курортология (теоретические и прикладные аспекты, перспективы). – Пятигорск, 1997. – 225 с.
4. Скакун Н.П., Ковальчук С.Ф. Эффективность антиоксидантов при комбинированном поражении печени четыреххлористым углеродом и этанолом // Фармакология и токсикология. – 1987. – №. 3. – С. 97 – 99.
5. Теппермен Дж., Теппермен Х. Физиология обмена веществ и эндокринной системы: Пер. с англ. – М.: Мир, 1989. – 653 с.
6. Okabe S., Pfaffner C.J. Peptic ulcer. – Copenhagen, 1971. – P. 13 – 20.



УДК 612.014

ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНОЙ ВОЛНЫ СЛУХОВЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ВНИМАНИЯ

Хомич Г.Е.

Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина
Кафедра анатомии, физиологии и безопасности человека
г. Брест, Республика Беларусь

Актуальность темы. В высокоразвитых странах с каждым годом возрастает количество детей с синдромом дефицита внимания [1]. Особенностью данной патологии является то, что ее установление у детей разных возрастных групп весьма затруднительно и возможно лишь на поздних сроках. Для диагностики синдрома, среди прочего, используются электрофизиологические показатели направленного слухового внимания [2].

В период, непосредственно предшествующий действию раздражителя, а также сразу после его предъявления, функциональная активность мозга изменяется [2]. В исследованиях, проведенных в различных лабораториях, было продемонстрировано, что электрофизиологическими коррелятами предстимульного и постстимульного внимания являются условная негативная волна (УНВ) и поздний позитивный комплекс (ППК) [3,4]. Анализ особенностей этих компонентов позволит проследить нейрофизиологические механизмы синдрома дефицита внимания в разных возрастных группах.

Цель исследования. В связи с вышеизложенным, целью нашей работы явилось исследование условной негативной волны и позднего позитивного комплекса у детей разных возрастов и у группы взрослых людей при подаче звуковых стимулов, различающихся по степени привлечения внимания.

Материал и методы. В экспериментах были задействованы две возрастные группы детей (7 – 8 лет и 9 – 10 лет), а также взрослые испытуемые. Все обследуемые относились к основной группе здоровья и имели нормальную остроту слуха.

Во время эксперимента испытуемый находился в кресле с закрытыми глазами в затемненной камере. Использовалась схема предъявления стимулов, включающая три пары звуковых сигналов, воспроизведение которых осуществлялось в случайном порядке. Одна пара стимулов (С-1, С-2) состояла из двух одинаковых звуковых тонов. Вторая пара включала в себя высокочастотный стимул С-3 и такой же по частоте С-4, но последний был громче, так что для их различения требовалось напряжение внимания. Третья пара представляла собой два одинаковых по громкости высокочастотных стимула (С-5 и С-6). Испытуемый должен был сравнить между собой высокочастотные стимулы и выбрать более громкий звук нажатием на кнопку. В зависимости от того, какая из трех пар стимулов предъявлялась обследуемому,



напряжение его внимания имело различную степень. Усреднение сигнала и его обработка проводились с использованием авторской программы. Достоверность различий амплитудных и временных характеристик слуховых вызванных потенциалов оценивалась по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Проведенные нами исследования позволяют уточнить некоторые возрастные особенности организации предстимульного внимания, что отражается в регистрации УНВ, и поздней обработки предъявленной слуховой информации, которая характеризуется развитием ППК.

При оценке возрастных особенностей негативной волны замечено, что в период ожидания стимула, не требующего напряжения внимания, то есть в интервале между стимулами С-1 и С-2, УНВ в группе взрослых людей в затылочной области совсем не выявлялась, а в теменном, центральном и лобном отделах она не имела большой выраженности. Интересен тот факт, что максимальной амплитуды волна достигала в момент предъявления второго стимула в паре. Данное явление может свидетельствовать о высокой степени экономии процессов внимания у взрослых людей. Небольшой по громкости стимул занимал такой же объем внимания. При этом быстро развивалось запаздывающее торможение, и внимание не распределялось по всему межстимульному интервалу, а концентрировалось в тот момент, когда необходимо было оценить поступивший сигнал.

В случае ожидания стимула С-4, при подаче которого необходимо сконцентрировать внимание, чтобы сравнить его со стимулом С-3, УНВ регистрировалась там же, где и в случае ожидания сигнала С-2, не требующего высокой концентрации внимания. В последнем случае необходимо отметить, что выраженность негативной волны была намного больше, особенно в центральном и лобном отделах. Вначале она круто нарастала, достигая максимальной амплитуды перед началом предъявления стимула С3. Исходя из полученных данных, можно предположить, что мозговые процессы взрослых людей, лежащие в основе обеспечения направленности и объема внимания, включаются гораздо раньше и намного активнее в соответствии с увеличением сложности предъявляемой задачи.

При наличии стимула, не требующего высокой концентрации внимания, детям 7 – 8-ми лет, условная негативная волна регистрировалась во всех отделах коры с нарастанием в ростральном направлении. У детей 9 – 10-ти лет волна не выявлялась в затылочной области, а в остальных исследуемых областях она регистрировалась с максимумом во фронтальном отделе. У детей одной и другой группы максимальные показатели негативного компонента не были приурочены ко времени предъявления второго стимула в паре.

При ожидании стимула С-4, который требовал напряжения внимания, у детей 7 – 8-ми лет, изменения амплитуды негативности не были выявлены (за исключением затылочной области), а пиковая латентность увеличивалась в центральной и лобной областях коры. Обращает на себя внимание то



обстоятельство, что длительность условной негативной волны больше в межстимульном интервале С-1 – С-2, чем в интервале С-3 – С-4. Учитывая статус стимулов С-2 и С-4, этот факт можно считать еще одним электрофизиологическим доказательством захватывания возбуждением более широких участков коры у детей младшей возрастной группы. Это, возможно, связано с ориентировочным рефлексом, и длится дольше, чем у взрослых.

В группе детей 9 – 10-ти лет прослеживается тенденция к увеличению пиковой латентности, продолжительности УНВ, а также к росту амплитуды в период ожидания стимула, требующего концентрации внимания. В этой группе, как и в группе 7 – 8-летних испытуемых, максимальная амплитуда волны регистрируется задолго до подачи второго стимула в паре. Возможно, это связано с тем, что у детей обеих групп еще недостаточно развита способность к образованию условных запаздывающих рефлексов, являющихся основой процессов ожидания.

Много весомых возрастных различий между группами обнаружено в структуре позднего позитивного комплекса, отвечающего за анализ и обработку информации. Эти изменения позволяют судить о постепенном созревании различных мозговых структур, участвующих в анализе поступающей информации.

У взрослых испытуемых ППК регистрировался во всех областях коры больших полушарий вне зависимости от степени концентрации внимания к предъявляемому стимулу. И только при анализе информации, требующей активного внимания, и амплитуда, и продолжительность комплекса возрастают. В детских группах ППК выявляется лишь на стимулы, требующие высокой концентрации внимания при сравнении и дифференцировке этих стимулов. В группах детей от 7-ми до 10-ти лет локусы максимальной активности позднего комплекса располагаются в затылочной и теменной, а у взрослых испытуемых – в центральной и лобной долях коры больших полушарий.

Таким образом, при оценке звуковых раздражителей с увеличением возраста у человека фокус активности позднего позитивного комплекса перемещается от затылочного отдела коры в центральные и лобные доли. Эту зависимость наблюдали ученые при оценке поздней переработки зрительной информации.

Приведенные результаты показывают, что взрослые люди оценивают поступающую в мозг информацию, которая требует разного уровня концентрации внимания. Такая психофизиологическая деятельность мозга возможна лишь тогда, когда все структуры мозга созревают, что позволяет нам анализировать, обрабатывать огромное количество поступающей информации, имеющей разную значимость для организма человека.

В детских группах обработка незначимой информации, не требующей высокой концентрации внимания, протекает сложнее, чем у взрослых. На основе проведенных исследований можно заключить, что внимание у детей улучшается по мере созревания структур мозга. При этом, в работе с детьми разного возраста



нужно использовать дифференцированные методики, которые направят деятельность мозга на выполнение разных по значимости задач. В частности, для развития этой психофизиологической функции в разных возрастных группах необходимо по-разному учить детей выделять главную информацию, дозировать объем этой информации, ее содержание. Это поможет детям с дефицитом внимания продвинуться в разделении информации на главную и второстепенную, что необходимо при обучении.

Выводы.

1. Условная негативная волна не выражена у взрослых людей в период ожидания звукового раздражителя, не требующего концентрации внимания. Она регистрируется при подаче второго звукового стимула в паре. Данное явление говорит о том, что у взрослых людей быстро образуются условные временные рефлексy.

Во время ожидания звукового раздражителя, который требует концентрации внимания, негативная волна появляется раньше. Ее максимальная активность регистрируется в центральной и лобной долях коры больших полушарий.

2. У детей 7 – 10-ти лет негативность активно проявляется при ожидании стимулов, требующих как высокого, так и низкого напряжения внимания. Крутизна нарастания негативной волны резко возрастает, и ее максимум не совпадает с моментом подачи второго стимула в паре. Данный факт позволяет судить о низкой способности детей к образованию условных рефлексов, формирующихся во время ожидания стимула.

В обследованных возрастных группах УНВ наиболее активна в лобных областях коры больших полушарий.

3. Поздний позитивный комплекс регистрируется у взрослых испытуемых в то время, когда анализируется и перерабатывается информация, поступающая в мозг и требующая разного уровня концентрации внимания. Кроме этого, позитивность наиболее выражена при предъявлении значимого стимула. В детских группах ППК проявляется только в состоянии активного внимания.

Максимальная активность позитивного комплекса у детей наблюдается в затылочной и теменной областях коры больших полушарий, а в группе взрослых испытуемых – в центральной и лобной областях.

4. Появление ориентировочной реакции, которая наблюдается перед подачей стимула, в процессе созревания организма происходит раньше, чем запуск процессов обработки и анализа поступающей информации. Доказательством этому служит наличие условной негативной волны и позднего позитивного комплекса, являющихся коррелятами вышеуказанных функций.

Список литературы:

1. Николлс Дж.Т. От нейрона к мозгу / Дж.Т. Николлс, А.Р. Мартин, Б.Дж. Валлас. – М.: Интерфакс, 2003. – 672 с.



2. Савченко Е.И. Онтогенетические особенности развития медленных негативных и позитивных потенциалов при выполнении зрительной перцептивной задачи / Е.И. Савченко, Д.А. Фарбер // Журнал высш. нервн. деятельн. – 1990. – Т. 40, № 1. – С. 29 – 36.

3. Хомич Г.Е. Слуховые вызванные потенциалы у детей и взрослых на стимул, требующий минимального привлечения внимания и сопровождающийся двигательным ответом / Г.Е. Хомич, Н.К. Саваневский // Весн. Брэсц. ун-та. – 2009. – № 2. – С. 129 – 135.

4. Naatanen R. Attention and brain function / R. Naatanen. – New Jersey: Erlbaum Associates, 1992. – 192 p.



УДК 616-001.11:616.61

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ СОХРАНЕНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛЕТНОГО СОСТАВА

Шакула А.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
реабилитации и курортологии»
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность темы. Анализ структуры и условий деятельности летного состава различных видов авиации показывает в целом ряде случаев неизбежность неблагоприятных изменений функционального состояния организма летчика, а, следовательно, и снижение надежности системы "человек-машина", несмотря на учет требований эргономики и инженерной психологии, применение средств защиты и оптимизацию методик подготовки летного состава. Указанные изменения являются причиной снижения качества летной деятельности, что выражается увеличением числа предпосылок летных происшествий и ошибочных действий, снижением психофизиологической устойчивости к неблагоприятным факторам полета, а также изменением настроенности на летную работу в зависимости от возраста и выслуги лет [1,8,10].

В конце 70-х годов прошлого века актуализировалась и начала активно разрабатываться проблема обеспечения оптимального уровня профессионального здоровья и работоспособности летчика [1]. В состав этого управления входили несколько отделов, в том числе, и отдел летного труда, в котором в 1978-м году была впервые создана лаборатория психофизиологии труда летного состава морской, дальней и военно-транспортной авиации во главе с С.Г. Мельником. В штат лаборатории вошли научные сотрудники А.А. Гюрджиан, В.В. Алешин, А.Л. Иващенко, А.Е. Музалевский и А.В. Шакула, а также через несколько лет добавились адъюнкты А.В. Семенов и О.Э. Чернов. Под общим научным руководством В.А. Бодрова и С.Г. Мельника в лаборатории решались проблемы диагностики психофизиологических резервов летчика в процессе оперативного медицинского контроля и углубленных медицинских осмотров, а также использования комплекса методов коррекции и восстановления функциональных нарушений в условиях реальных полетов морской, дальней и военно-транспортной авиации, специальных восстановительных центров, санаториев и профилакториев для летного состава [4,5,6,7].

Цель исследования. С целью выполнения плановых НИР и активного внедрения результатов в практику медицинского обеспечения профессионального здоровья летного состава были начаты исследования на базах строевых частей, профилакториев, центров боевого применения и



переучивания летного состава, специальных центров и санаториев с активным привлечением к совместной работе войсковых врачей Ф.Д. Гладких, А.Д. Ключка, А.П. Волкова, С.М. Агеева, С.Я. Киры, А.П. Кавуна, В.И. Варуса и других [5,7,9]. Одним из первых научных направлений стала разработка методов психической саморегуляции под руководством и с участием Л.П. Гримака, В.М. Звоникова, А.В. Шакулы [2,3]. В результате комплексных исследований при моделировании летной деятельности на тренажерах и реальных условиях профессиональной деятельности были разработаны и внедрены в практику кабинеты психологической разгрузки и рекомендации по управлению функциональным состоянием в различных условиях летной деятельности.

В 1986-м году на базе лаборатории психофизиологии труда летного состава морской, дальней и военно-транспортной авиации была организована первая лаборатория реабилитации летного состава, ее начальником был назначен А.В. Шакула, а в состав вошли А.В. Семенов, О.Э. Чернов, А.В. Белинский.

Материал и методы. Применительно к напряженным и сложным условиям длительных полетов была доказана высокая эффективность применения электростимуляции нервно-мышечного аппарата и электротранквилизации центральной нервной системы (ЦНС) с разработкой и экспериментальной апробацией в полетах опытных образцов портативных бортовых приборов [6,7,8].

В результате исследований, проведенных на базе специального восстановительного центра, обоснован комплекс диагностических и восстановительных методов, позволяющих проводить в течение 15-дневных сборов эффективную коррекцию функционального состояния летного состава. Наиболее эффективными методами восстановления оказались физические нагрузки, индивидуально дозируемые на уровне 45 – 55% от максимального потребления кислорода (МПК), спортивные игры, плавание, электротранквилизация ЦНС, психосоматическая саморегуляция, мануальная терапия. Комплексное использование этих методов позволяло полностью устранить соответствующие функциональные нарушения, повысить на 20% резервные возможности организма, что в целом способствовало эффективному выполнению летной работы в течение 4-х последующих месяцев. Таким образом, период оптимальной работоспособности в годовом цикле профессиональной деятельности практически увеличивался в 2 раза [9,10].

Результаты и их обсуждение. В результате многолетних комплексных исследований разработана концептуальная схема мероприятий по восстановлению профессионального здоровья летного состава [8].

Основными принципами проведения восстановительных мероприятий являются:

– направленность корректирующих воздействий на патогенетические механизмы функциональных нарушений;



- единство диагностических и восстановительных мероприятий, охватывающих профессиональную, социальную, физиологическую и психологическую сферы жизни и деятельности человека;
- комплексность влияния на личность и основные психические и физиологические системы организма;
- этапность и преемственность восстановительных мероприятий: последовательное при необходимости увеличение объёма и сложности воздействий, смена и дополнение методов, профилактический, корректирующий, и восстановительный периоды применения и др.

Практическая реализация основных положений концепции восстановительной медицины требует переноса центра тяжести исследований по диагностике в условия производственной деятельности, чтобы непосредственно в процессе работы оценивать функциональное состояние организма и его резервов, выявлять первичные нарушения функций отдельных систем на ранних стадиях. Такой подход позволит переориентировать направленность медицинского контроля с оценки соматического здоровья и констатации факта заболевания на количественную оценку уровня здоровья и его резервов и на этой основе осуществлять своевременную коррекцию неблагоприятных сдвигов и отрицательного влияния факторов профессиональной среды.

Основные задачи применения средств коррекции функциональных нарушений на этапах профилактики и восстановления профессионального здоровья включают:

- длительное и устойчивое поддержание операторской работоспособности;
- экстренную мобилизацию психофизиологических функций для выполнения наиболее ответственных этапов работы;
- купирование чрезмерно выраженных нервно-эмоциональных реакций;
- снижение явлений монотонии, гиподинамии и утомления;
- ускоренное восстановление функционального состояния после значительных физических и психических нагрузок;
- регуляцию уровня нервно-психической и мотивационно-волевой активности, создание благоприятного эмоционально-чувственного фона;
- оптимизацию адаптационных реакций организма при резком изменении факторов среды и условий деятельности;
- формирование и поддержание у персонала профессионально значимых психофизиологических качеств.

Выводы. Столь значительное многообразие задач обуславливает необходимость разработки и использования для коррекции функционального состояния целого комплекса средств и методов, воздействующих на различные морфофункциональные системы организма. Конкретный выбор средств коррекции должен определяться адекватностью механизмов их действия этиопатогенетическому характеру функциональных сдвигов с учетом структуры деятельности и индивидуальных особенностей работающего человека, имея



конечной целью поддержание необходимого уровня работоспособности при сохранении защитных и компенсаторных способностей организма.

Основные научные положения и организационно-методические рекомендации использованы при подготовке ряда руководств, методических пособий для летного состава и авиационных врачей, программ медицинской реабилитации и специальной подготовки летного состава в условиях специальных восстановительных центров, профилакториев и санаториев, учебный процесс подготовки и усовершенствования врачей по вопросам авиационной, космической, морской и восстановительной медицины.

Список литературы:

1. Бодров В.А. Методы и средства повышения работоспособности летного состава // Военно-медицинский журнал – 1983. – № 11. – С. 40 – 41.
2. Гримак Л.П., Звоников В.М., Шакула А.В. и др. Психологическая разгрузка летного состава // Методическое пособие. – М.: ВВС, 1990. – 38 с.
3. Мельник С.Г., Шакула А.В. Психосоматическая саморегуляция – эффективный метод поддержания работоспособности летчика в длительном полете // Военно-медицинский журнал – 1982. – № 4. – С. 47 – 50.
4. Мельник С.Г., Шакула А.В. Повышение работоспособности летчика путем управления психофизиологическим состоянием организма // Военно-медицинский журнал – 1984. – № 11. – С. 41 – 44.
5. Мельник С.Г., Шакула А.В., Гладких Ф.Д. Влияние профессиональной нагрузки на функциональное состояние летного состава корабельной авиации // Военно-медицинский журнал – 1989. – №7. – С. 54 – 57.
6. Мельник С.Г., Шакула А.В., Ключок А.Д. Годовая динамика работоспособности летного состава. // Военно-медицинский журнал – 1993. – №9. – С. 60 – 63.
7. Мельник С.Г., Шакула А.В., Белинский А.В. Мероприятия по восстановлению функционального состояния и работоспособности // Психофизиологические возможности летчика. – М.: Воениздат, 1994. – С. 26 – 28.
8. Шакула А.В. Обоснование и разработка системы психофизиологических мероприятий по восстановлению профессионального здоровья летного состава // Автореф. дис. ... док. мед. наук. – М., 1998. – 50 с.
9. Шакула А.В., Ключок А.Д. Методика оценки психофизиологических резервов летчика. // Военно-медицинский журнал – 1989. – №2. – С. 46 – 49.
10. Шакула А.В., Мельник С.Г. Профилактическая направленность мероприятий по восстановлению профессионального здоровья летного состава // Военно-медицинский журнал – 2003. – Т. 324, №5. – С. 41 – 44.



УДК: 615.82

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Шакула А.В., Иванова И.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
реабилитации и курортологии»
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность темы. Одной из наиболее важных медико-социальных проблем современной медицины является научное обоснование и разработка комплексных программ медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов, перенесших Covid-19. Известно, что при коронавирусной инфекции происходит повреждения альвеол легких, эритроцитов и гемоглобина, воспаление стенок сосудов, развитие гемолитического микротромбоваскулита и генерализованного внутрисосудистого микротромбоза. Искусственная вентиляция легких в качестве средства повышения оксигенации крови, особенно, при значительном поражении легких, сужении капилляров, повышенном тромбообразовании и снижении газотранспортной функции эритроцитов, становится малоэффективной. В этих условиях тактика медицинского лечения сводится, прежде всего, к предупреждению, снижению или устранению гипоксемии и улучшению снабжения кислородом клеток и тканей организма. Следует подчеркнуть, что у значительной доли пациентов, перенесших тяжелую пневмонию, отмечается выраженное ограничение физической активности, снижение работоспособности и качества жизни, в результате чего ранняя медицинская реабилитация является социально значимой задачей [8]. Несмотря на отсутствие значительного опыта в медицинской реабилитации пациентов, перенесших Covid-19, современная медицина имеет богатый опыт в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении пациентов с болезнями органов дыхания и другими соматическими заболеваниями. В связи с этим, масштабная задача по восстановлению здоровья и повышению качества жизни пациентов, перенесших Covid-19, может стать драйвером развития отрасли санаторно-курортного лечения [4]. Существует необходимый опыт и арсенал немедикаментозных методов, которые могут применяться в профилактике, медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении лиц, перенесших осложнения COVID-19, что позволит снизить развития осложнений и инвалидности, а также повысить качество жизни пациентов [5]. Несмотря на отсутствие доказательной базы для оптимальной программы реабилитации пациента с коронавирусом, некоторые специалисты предлагают использовать клинические рекомендации по реабилитации пациентов с гриппом; имеются китайские и итальянские рекомендации, которые освещают часть реабилитационных задач при реабилитации этой категории пациентов [6,7,9,10].



В нашей стране организация медицинской помощи больным пневмонией на этапах медико-санитарной и специализированной медицинской помощи осуществляется в соответствии со Стандартом оказания медицинской помощи больным пневмонией, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 08.06.2007 г. №411н при лечении в стационаре или дневном стационаре, а также временным Порядком организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, утвержденных Приказом Минздрава России от 19.03.2020 №198н. Она оказывается в виде первичной врачебной, первичной специализированной и специализированной медико-санитарной помощи.

Под руководством академика РАН А.Н. Разумова, группой ведущих специалистов разработаны клинические рекомендации на основании анализа отечественного и международного клинического опыта по применению восстановительных технологий реабилитации пациентов, перенесших Covid-19. Рекомендации содержат информацию об алгоритме назначения и использования немедикаментозных методов и средств, обладающих доказанной эффективностью в соответствии с международными критериями. Реабилитационные технологии используют для купирования остаточных проявлений легочной недостаточности (антигипоксические методы), стимуляции репаративной регенерации легочной ткани (репаративно-регенеративные методы), повышения уровня неспецифической резистентности организма (иммунокорректирующие методы), усиления альвеолокапиллярного транспорта (вентиляционно-перфузионные методы), восстановления баланса тормозных и активирующих процессов в коре головного мозга, коррекции астенического, иммуносупрессивного, тревожно-депрессивного синдромов [5].

Одним из перспективных методов реабилитации пациентов, перенесших Covid-19, является применение сухих углекислых ванн (СУВ), которые сокращают сроки достижения клинической ремиссии при всех процессах, связанных с нарушениями кровообращения [1]. Углекислота, проникая в организм через кожу, обеспечивает значительное расширение сосудов кожи, что приводит к ускорению тока крови, снижению ее вязкости и тем самым к устранению застойных явлений в сосудах.

Современная физиотерапия относит к полезным свойствам СУВ улучшение кислородного обмена в тканях, замедление процессов старения организма, улучшение его восстановительных возможностей, укрепление иммунитета и регенерационных функций, улучшение состояния нервной, эндокринной, легочной и сердечной систем, стабилизацию артериального давления, восстановление морфо-физиологических характеристик кожных покровов при наличии заболеваний кожи [1]. Диоксид углерода, проникая в организм через кожу, обеспечивает значительное расширение сосудов кожи за счет непосредственного воздействия на стенки артериол и капилляров. Расширение сосудистой сети кожи приводит к ускорению тока крови, снижению



ее вязкости и, тем самым, к устранению застойных явлений в сосудах кожи. Действие CO₂ на дыхательный центр проявляется в увеличении дыхательного объема и уменьшении частоты дыхания, облегчении возврата крови к сердцу, улучшении вентиляции и газообмена в легких. Раздражение сосудодвигательного центра приводит к усилению тонуса блуждающего нерва, что проявляется в уменьшении частоты сердечных сокращений. В результате лечебного применения диоксида углерода наблюдается повышение объемной скорости капиллярного кровотока, улучшение доставки кислорода к мышцам, нормализация измененного вследствие физических нагрузок функционального состояния сердечно-сосудистой системы, улучшение ее вегетативной регуляции, активизация метаболических процессов в сердечной мышце и повышение сократительной способности миокарда [2].

Цель исследования. Обоснование целесообразности применения сухих углекислых ванн для реабилитации пациентов, перенесших Covid-19.

Материал и методы. Для проведения процедуры сухих углекислых ванн используется патентно защищенная многофункциональная автоматизированная лечебная установка с оригинальным лечебным процессом – сидячая ванна «Реабокс». Методические рекомендации по лечебному применению сухих углекислых ванн (№ 10-11/87) утверждены Минздравом СССР 2 августа 1985 года.

Результаты и их обсуждение. Как свидетельствуют результаты клинических наблюдений, курсовое применение СУВ способствует улучшению периферического кровообращения, что подтверждалось улучшением кровотока в 1,5 раза и повышением реографического индекса в среднем в 1,2 раза. Улучшение регионального кровообращения приводит к снижению болевого синдрома, повышению толерантности к физической нагрузке, сопровождается положительными сдвигами показателей центральной гемодинамики. Снижение периферического сопротивления способствует улучшению пропульсивной функции миокарда, о чем свидетельствует повышение ударного индекса. Курс из 8-ми сеансов СУВ можно рекомендовать в качестве антиоксидантной детоксикантной, антигипоксантной и геропротекторной терапии пациентам как зрелого, так и пожилого и старческого возраста, что для последних особенно важно в связи с возможными возрастными ограничениями медикаментозной терапии. Наряду с генерализованным вазодилатирующим эффектом улучшаются функции внешнего дыхания – бронхиальная проходимость, вентиляционная функция, повышается поглощение кислорода из вдыхаемого воздуха [1]. Хороший клинический эффект наблюдается уже после 5 – 6-й процедуры, когда курсовое лечение сопровождается отчетливым восстановлением периферического кровообращения и микроциркуляции. Установлено, что выраженный клинический эффект, в зависимости от стадии заболевания, сохраняется в течение 4 – 6 месяцев после проведенного курса лечения. Отмеченные физиологические эффекты применения и механизмы влияния СУВ свидетельствуют о возможности и целесообразности их использования в



комплексных программах реабилитации пациентов, перенесших Covid-19 в условиях реабилитационных центров и санаторно-курортных организаций.

Выводы. Гипоксическая адаптация, осуществляемая «сухими» углекислыми ваннами, является эффективным методом немедикаментозной терапии больных, оказывая антиишемическое действие, снижая потребность миокарда в кислороде, вызывая экономизацию сердечной деятельности, что способствует адаптации организма к кратковременным гипоксическим состояниям. Гипокситерапия оказывает влияние на резистивные и емкостные сосуды посредством прямого и рефлекторного действия углекислого газа (вазодилатирующее действие) и на вегетативную регуляцию сердечно-сосудистой системы (снижает симпатические вазоконстрикторные влияния, замедляет ритм сердечной деятельности и удлиняет диастолу), что обуславливает гипотензивный эффект. Полученные данные позволяют говорить также о достоверном антистрессорном эффекте применения гиперкапнотерапии при стрессовых расстройствах, основанном на лимитировании гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной системы.

Учитывая многолетний опыт внедрения и практического использования СУВ в большинстве санаторно-курортных организаций Российской Федерации, доказанную безопасность и высокую эффективность метода, патогенетическое обоснование механизмов влияния на организм, наличие утвержденных установленным порядком методических рекомендаций, представляет актуальным и перспективным использование СУВ в комплексных программах медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов, перенесших Covid-19.

Список литературы:

1. Болотов Д.Д., Шакула А.В., Щегольков А.М. и др. Современная система суховоздушной бальнеотерапии «Реабокс» в реабилитации больных. Учебно-методическое пособие. – М.: РМАПО, 2013. – 26 с.
2. Ежов В.В., Царёв А.Ю., Платунова Т.Е. Применение сухих углекислых ванн в инической практике (научный обзор) // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2017. – № 2. – С. 63 – 76.
3. Разумов А.Н., Пономаренко Г.Н., Никитин М.В. и др. Реабилитация больных пневмонией, ассоциированной с новой коронавирусной инфекцией «Covid-19». Клинические рекомендации. – М., 2020. – 30 с.
4. Фесюн А.Д., Лобанов А.А., Рачин А.П. и др. Вызовы и подходы к медицинской реабилитации пациентов, перенесших осложнения Covid-19 // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – 97 (3). – С. 3 – 13.
5. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В. и др. Медицинская реабилитация при коронавирусной инфекции: новые задачи для физической и реабилитационной медицины в России // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – 97 (3). – С. 14 – 21.



6. Bartolo M., Intiso D., Lentino C. etc. On behalf of the Governing Council of the Italian Society of Neurological Rehabilitation (SIRN). Urgent measures for the containment of the Covid-19 epidemic in the Neurorehabilitation/ Rehabilitation Departments in the phase of maximum expansion of the epidemic // *Frontiers Neurology*. (2020). Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2020.00423/full> (Дата обращения 03.05.2020) DOI: 10.3389/fneur.2020.00423.

7. Boldrini P, Bernetti A, Fiore P. SIMFER Executive Committee and SIMFER Committee for international affairs. Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER) // *Eur J Phys Rehabil Med*. – 2020. – Mar 16. Available at: <https://www.minervamedica.it/en/journals/europamedicophysical/article.php?cod=R33Y9999N00A20031601> (Дата обращения 03.05.2020) DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06256-5.

8. Shi H., Han X., Jiang N. etc. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study // *Lancet Infect Dis*. – 2020. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30086-4.

9. Thomas P., Baldwin C., Bissett B. etc. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting. Recommendations to guide clinical practice. Version 1.0, published 30 March 2020. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S183695532030028X> DOI: 10.1016/j.jphys.2020.03.011 (Дата обращения 03.05.2020).

10. Yang F., Liu N., Hu J.Y. etc. Pulmonary rehabilitation guidelines in the principle of 4S for patients infected with 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) // *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. – 2020. – Mar 12. – 43 (3). – P. 180 – 182. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2020.03.007.



УДК 616.2

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID - 19

Шуверов А.П.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева»
Кафедра педагогики и психологии
г. Чебоксары, Россия

Актуальность темы. 2020-й год. Пандемия новой коронавирусной инфекции захватила более 180 стран. Ученые объединились в борьбе с COVID-19. В настоящий момент в мире сложилась сложная ситуация, при которой недостаточно достоверной профессиональной информации о реабилитации пациентов, переболевших новым вирусом. В условиях эпидемии необходима медицинская разработка по оказанию реабилитационной помощи больным COVID -19 [4,9].

Цель исследования. Рассмотреть основные проблемы и дать общие рекомендации восстановительного лечения пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию.

Материал и методы. Вовремя оказанная правильная медицинская помощь по реабилитации может иметь решающее значение для сохранения здоровья, снижения инвалидности и смертности больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Доказано, что реабилитация в ранние сроки приводит к более быстрому улучшению физической работоспособности по сравнению с реабилитацией, начатой позже. Целью раннего реабилитационного вмешательства является уменьшение затрудненного дыхания, облегчение симптомов, облегчение беспокойства и депрессии, снижение частоты осложнений. Процесс ранней реабилитации выглядит следующим образом: реабилитационное обследование – терапия – переоценка [3,8].

Наиболее изученными из физических методов по реабилитации пациентов с коронавирусной инфекционной болезнью COVID-19 являются физические упражнения, дыхательные упражнения.

Результаты и их обсуждение. Дыхательные упражнения помогают легким расширяться, помогая секрету стекать из альвеол и бронхиол в более крупные дыхательные пути, поэтому мокрота не накапливается в легких. Увеличивает жизненную емкость и улучшает работу легких. Грудное, глубокое и медленное дыхание – это два основных дыхательных упражнения. Для силы инспираторных мышц можно использовать ингаляционный тренажер, например, POWERbreathe. Он способствует уменьшению одышки, укреплению диафрагмы и улучшению функции легких [1].



Постуральный дренаж направлен на очищение дыхательных путей больного. Пациенты должны научиться принимать положение, способствующее секреции покидать под действием силы тяжести. У пациентов, принимающих антидепрессанты или с нарушением сознания, можно использовать положение сидя (под углом 45° – 60° , если состояние пациента позволяет). Но положение стоя лучше для дыхания, эффективно поддерживает объем легких в состоянии покоя. Пациенту следует стоять столько, сколько он может, постепенно увеличивая продолжительность [5,6].

Физиотерапия. Ультракоротковолновая терапия – это ультравысокочастотная терапия, УКВ – терапия, УВЧ – терапия, применение в лечебных целях электромагнитного поля с частотой колебаний 30 – 300 МГц.

Механическая вентиляция. В случаях, когда требуется искусственная вентиляция легких. Существует потребность в ингаляционных тренажерах для мышц, которые отлично подходят для предотвращения слабости диафрагмальных мышц.

Ранняя реабилитация широко распространена в отделениях интенсивной терапии, и из-за значительной слабости пациента физиотерапия может проводиться в постели. Сгибание и разгибание нижних и верхних конечностей, а также отведение и приведение бедра физиотерапевтом включается по времени на 10 минут.

Физиотерапевт ставит нижние конечности пациента на тренажер-велосипед. Частота вращения педали – 20 об / мин в течение 10-ти минут. После выполнения упражнений для тренировки сердечно-легочной системы, требуется 30 минут отдыха, чтобы нормализовать темп дыхания и сердечный ритм.

Таблица восстановительных процедур:

1. Позиционирование (постуральный дренаж).
2. Дыхательные упражнения:
 - а) глубокое, медленное дыхание;
 - б) грудное дыхание.
3. Техника активного циклического дыхания.
4. Физиотерапия: ультракоротковолновая терапия, ингаляторы (например, Shaker deluxe flutter), электрическая стимуляция мышц, усилитель дыхательных мышц (POWERbreathe Medic).
5. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) + тренажер.

В комплекс реабилитационных мероприятий необходимо включение дыхательных упражнений с использованием тренажеров. Так, тренажер Threshold IMT – направлен на тренировку с сопротивлением на вдохе. Рекомендуется начинать делать упражнения при стабилизации состояния больного и продолжить их после завершения лечения в домашних условиях.

Тренажер для отхаркивания Шейкер Deluxe Flutter – рекомендуется пациентам с коронавирусом для облегчения отхождения мокроты. Устройство Shaker следует использовать до тех пор, пока есть мокрота в бронхах. Сделать глубокий вдох через нос или рот и сильный длительный выдох через мундштук.



Затем пауза. После нескольких повторений откашлять мокроту. Рекомендуется выполнять упражнения с 10 повторениями (вдохами и выдохами). Чем больше, тем лучше. Выдох не должен быть резким. Рекомендуется выдохнуть от умеренной до максимальной интенсивности. Продолжительный выдох намного эффективнее удаляет слизь, что гарантирует ее удаление даже из самых глубоких участков легких. Считается, что использование тренажеров дает прекрасную возможность повысить силу и выносливость дыхательных мышц, облегчить процесс дыхания.

6. Нервно-мышечная стимуляция;
7. Пассивная мобилизация нижних конечностей;
8. Упражнение «велосипед» лежа на спине.
9. Нервно-мышечная электростимуляция квадрицепса;

Кварцевание помещения – это уничтожение болезнетворных бактерий и микробов с помощью ультрафиолета. В результате последних научных открытий доказано: кварцевание способно нейтрализовывать коронавирусы!

Что касается тяжелого клинического состояния, реабилитацию проводит целая реабилитационная бригада, в состав которой входят разные специалисты. Реабилитационная деятельность включает полный комплекс респираторной реабилитации, тяжелые сердечные, почечные и скелетно-мышечные проявления соответственно. Если есть сопутствующие заболевания, то следует обратиться к кардиологу, нефрологу или специалисту по костно-мышечной реабилитации.

Кроме затрудненного дыхания, снижения дыхательной функции, выраженной утомляемости, невралгии может наблюдаться миопатия. Потеря мышечной массы может быть чрезвычайно серьезной – до 5% мышечной массы за один день [2,7]. В том числе, это связано и с малоподвижностью во время болезни. Позже могут развиваться и еще более серьезные нейро-дегенеративные изменения (проявляются дряблостью, параличом) мышц конечностей и дыхательных мышц. По этой причине очень важна ранняя мобилизация, а терапия движением, адаптированная к состоянию пациента, увеличивает мышечную силу и снижает воспаление.

Нарушение памяти, замедление мышления, трудности с концентрацией внимания и поведенческое расстройство у пациентов встречается в 30 – 80% [2,7].

Проанализировав ряд публикаций, мы можем сделать вывод, что ранняя реабилитация улучшает физическую форму. Вовремя начатая физиотерапия, увеличивает мышечную силу и положительно влияет на окислительные процессы в мышцах. Поэтому, врачи пытаются начать реабилитацию как можно раньше – прямо в отделении реанимации. А иногда даже, когда человек еще подключен к аппарату искусственной вентиляции легких. Риск развития постинфарктного кардиосклероза (ПИКС) можно снизить с помощью ИВЛ, минимизируя время процедуры, насколько это возможно, и как можно раньше начать физиотерапию (в период интенсивной терапии) и лечебную физкультуру.



План реабилитации должен быть индивидуализирован на основе функциональной оценки состояния пациента, но в каждом случае требуется работа мультидисциплинарной команды. Улучшение физического состояния, достижение адекватной гидратации и метаболического статуса является предпосылкой для дальнейшей работы, поэтому на начальном этапе больше внимания уделяется медицинскому уходу.

Депрессия, тревога частично связаны с медикаментозной терапией, а частично с обычной психологией. Можно расширить область специалистов, которые бы занимались этим состоянием, что позволило улучшить состояние пациента и повысить его мотивацию. Если имеется когнитивный дефицит, необходимо привлечь нейропсихолога.

Психологи дают базовые советы тем, кто уже столкнулся с болезнью:

- Овладеть техникой управления тревогой.
- Самые полезные и простые – дыхательные техники (глубокое диафрагмальное дыхание, которое действует успокаивающе) и приёмы самонаблюдения (человек учится смотреть на себя как бы со стороны и глубоко дышит до тех пор, пока тревога не начнёт ослабевать).
- Избегать стрессов, чрезмерных эмоциональных нагрузок, даже если они носят положительную окраску.
- Не оставаться с проблемой наедине и мыслите позитивно. Строить планы на будущее.

Выводы. Реабилитация, вызванная ранее неизвестным нам вирусом COVID-19, сейчас проводится во всем мире. Направленность реабилитационных мероприятий также меняется со временем, первым шагом становится сосредоточение внимания на дыхании, а затем при стабильном респираторном состоянии акцент смещается на реабилитацию движением. Реабилитационные мероприятия позволят значимо восстановить дыхательную функцию у пациентов, улучшить качество жизни, сократить сроки временной нетрудоспособности и уменьшить число случаев первичной инвалидности.

Первоначальное быстрое распространение эпидемии COVID-19, большое количество случаев, выявленных во всем мире, требует дальнейшего изучения и болезни, и её лечения.

Список литературы:

1. Авдеев С.Н. Респираторная медицина / С.Н. Авдеев и др. – М.: Руководство, 2017. – Т. 3. – С. 44 – 45.
2. Боголюбов В. М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. Учебник / В.М. Боголюбов. – М.: Медицина, 2015. – С. 61 – 62.
3. Воробьева, И.И. Двигательный режим и лечебная физкультура в пульмонологии. – М.: Медицина, 2011. – С. 32 – 36.
4. Дель Рио С., Малани ПН. COVID-19 – Новый взгляд на быстро меняющиеся эпидемии. // Журнал Американской Медицинской Ассоциации. doi: 10.1001/jama.2020.3072. – С. 4 – 9.



5. Мишланов В.Ю., Чучалин А.Г., Черешнев В.А., Шубин И.В., Никитин А.Э. Новые технологии в реабилитации больных респираторными заболеваниями. / В.Ю. Мишланов, А.Г. Чучалин, В.А. Черешнев, И.В. Шубин, А.Э. Никитин // Телемониторинг и телереабилитация. Практическая пульмонология. – 2019. – №3. – С. 28 – 31.

6. Мухарлямов Ф.Ю., Сычева М.Г. Пульмонологическая реабилитация: современные программы и перспективы / Ф.Ю. Мухарлямов, М.Г. Сычева // Пульмонология. – №6, 2013. – С. 99 – 105.

7. Пономаренко Г.Н. Основы физиотерапии: Учебник для студентов медицинских ВУЗов. – М: Медицина; 2007. – с. 340.

8. Разумов А.Н. Учебник по восстановительной медицине / А.Н. Разумов и др. – М.: 2009. – С. 59 – 62.

9. Стам Х., Штуки Дж., Биркенбахер Дж.: Covid-19 и синдром постинтенсивной терапии: призыв к действию // J. Rehabil. Med. 2020. – С. 15 – 19.



УДК 364.01

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID -19

Шульгина Е.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Кемеровский государственный университет»
Социально-психологический институт
Кафедра социологических наук
г. Кемерово, Российская Федерация

Актуальность темы. В конце 2019-го года в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции, возбудителю которой было дано временное название 2019-nCoV. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом – COVID-19 («Coronavirusdisease – 2019»). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2 [1,2].

В настоящий момент в мире сложилась ситуация, при которой достоверной профессиональной информации об оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации пациентам с COVID-19 недостаточно, так как это заболевание является новым. Традиционный способ получения необходимой информации путем привлечения данных ранее выполненных научных исследований оказался неэффективным, поскольку опыт лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией измеряется всего несколькими месяцами. Учитывая необычность самой ситуации пандемии и, в особенности, патогенеза заболевания, вызванного SARS-CoV-2, шаблонное применение общепринятых методов реабилитации после перенесенных респираторных заболеваний может быть небезопасным или неэффективным.

Реабилитация является важным звеном в современном здравоохранении, она помогает улучшить качество жизни и вернуть или приблизить человека к состоянию, которое было до заболевания. Также, своевременная реабилитация может предотвратить развитие отдаленных осложнений. Сейчас в научном сообществе обсуждаются инновационные подходы к виртуальной реабилитации с применением актуальной в нынешнее время телемедицины.

Цель исследования. В данной статье ставится цель изучить, как должна происходить реабилитация пациентов, перенесших COVID-19.

Материал и методы. В качестве материалов исследования были изучены методические рекомендации относительно реабилитации лиц, переболевших COVID-19, которые были разработаны Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также Рекомендации для поддержки самостоятельной



реабилитации после болезни, вызванной COVID-19 (2020), которые были разработаны Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Результаты и их обсуждение. В большинстве научных исследований указывается, что новая коронавирусная инфекция особенно тяжело протекает у людей старше 65-ти лет и людей с сопутствующими заболеваниями. Такие пациенты чаще госпитализируются в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Из госпитализированных в ОРИТ (20,3 % из всех зараженных) у 32,8 % развивается острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС). Смертность среди госпитализированных составляет 13,9 %, при этом, 71 % погибает от острой дыхательной недостаточности (ОДН) и диссеминированного внутрисосудистого свертывания синдрома (ДВС-синдрома). Специфических методов лечения вирусной инфекции, как известно, еще нет, а выжившие после критических состояний, по рекомендациям ВОЗ, нуждаются в скорейшей реабилитации не только на этапе нахождения в ОРИТ, но и после выписки [4].

Последствия новой коронавирусной инфекции для организма весьма разнообразны. В связи с этим возрастает потребность в реабилитации больных, перенесших COVID-19. Главный принцип реабилитации после COVID-19 – ликвидация остаточных явлений системного воспаления и восстановление органного кровотока с нормализацией доставки кислорода [2].

Министерством здравоохранения России были разработаны Методические рекомендации относительно реабилитации лиц, переболевших COVID-19 [1]. В документе были учтены особенности медицинской реабилитации взрослых и детей, особенности направления пациентов на реабилитацию, внесен перечень организаций, которые участвуют в предоставлении помощи больным COVID-19.

В Методических рекомендациях указано, что на реабилитацию пациенты направляются после предварительной консультации и определения этапа реабилитации.

Были приведены основные требования относительно прохождения реабилитации:

– пациенты с COVID-19 изолируются на 14 дней с момента выписки из больницы. В это время восстановление проводится в домашних условиях под контролем врача с применением технологий телемедицины;

– по окончании периода изоляции пациент может получить направление для прохождения реабилитации в медицинское учреждение, в том числе, санаторно-курортного профиля [1].

После выписки из стационара переболевший коронавирусом человек должен провести 14 дней дома. На этот период он получает индивидуальные рекомендации врача относительно реабилитации. Основное внимание необходимо уделить восстановлению иммунитета и разработке легких.

В период восстановления после коронавируса необходимо придерживаться диетического питания. Полезно пить морсы из свежих или замороженных ягод (клюквы, брусники, черной смородины), компоты из сухофруктов.



Выполнять комплекс упражнений для восстановления дыхательной функции необходимо не реже 3-х раз в неделю (желательно ежедневно). Длительность 1-го занятия около 10-ти минут. Постепенно время выполнения упражнений увеличивается. Дыхательная гимнастика приводит в тонус и укрепляет дыхательную мускулатуру, увеличивает эластичность легких и подвижность грудной клетки.

Не стоит сокращать срок восстановления после коронавируса, резко увеличивая физические нагрузки в домашних условиях. В ситуации, когда человек изолирован и не имеет возможности прогуляться на свежем воздухе, стоит выбрать комплекс, который не будет вызывать сильной усталости, одышки. Зарядку можно делать на балконе или в хорошо проветренной комнате.

По завершении изоляции разрешается совершать прогулки на свежем воздухе (начиная с 40-ка минут в день). Если нет слабости и головокружения, можно включить в реабилитационный комплекс езду на велосипеде по парку в спокойном темпе [1].

Предложенный курс реабилитации достаточно продолжительный, однако имеет комплексный подход. Одним из минусов данной реабилитации является необходимости пребывания еще 14-ти дней дома. Что не всегда может выполнить пациент.

Также были изучены рекомендации для поддержки самостоятельной реабилитации после болезни, вызванной COVID-19, которая была разработана ВОЗ. Данная брошюра содержит описание базовых реабилитационных физических упражнений и сопутствующих рекомендаций, предназначенных для взрослых, которые были госпитализированы по поводу тяжелого заболевания COVID-19. Брошюра содержит информацию по следующим аспектам реабилитации: купирование одышки, физические упражнения после выписки, преодоление проблем, связанных с голосовой функцией, восстановление функции глотания, преодоление трудностей, которые связаны с памятью и нарушением концентрации внимания, преодоление стресса, случаи, когда необходимо обратиться к врачу [3]. Также представлен комплекс упражнений для восстановления дыхания с иллюстрацией, даются советы для преодоления различных трудностей. Данные рекомендации позволяют самостоятельно пройти реабилитацию.

Изученные рекомендации для самостоятельной поддержки реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, достаточно краткие, однако содержат полные ответы. В качестве недостатков можно отметить отсутствие советов по питанию и нет индивидуального подхода.

Учитывая инфекционную природу заболевания, в ближайшее время врачи, связанные с медицинской реабилитацией, могут столкнуться со многими проблемами, в частности, с необходимостью быстро разрабатывать реабилитационные стратегии с учетом пандемии. Одна из новых стратегий заключается в использовании инновационных подходов к реабилитации во



время вспышки COVID-19 с привлечением ресурсов телемедицины и технологии виртуальной реальности.

Выводы. Таким образом, были рассмотрены различные рекомендации после перенесенной болезни COVID-19. В основе реабилитации таких пациентов должен лежать комплексный подход. Поскольку количество последствий от данной болезни до сих пор не ясны до конца. В связи с этим методики, как по лечению, так и по реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, должны периодически обновляться.

Список литературы:

1. Временные методические рекомендации. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) [Электронный ресурс]: – Режим доступа: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/051/187/original/31072020_Reab_COVID-19_v1.pdf
2. Реабилитация после коронавируса [Электронный ресурс]: – Режим доступа: <https://coronavirus-control.ru/reabilitacziya-posle-koronavirusa/>
3. Рекомендации для поддержки самостоятельной реабилитации после болезни, вызванной COVID-19 (2020) [Электронный ресурс]: – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/2020/support-for-rehabilitation-self-management-after-covid-19-related-illness-2020-produced-by-who-europe>
4. Родионов А. Медицинская реабилитация как необходимый вид помощи после COVID-19 [Электронный ресурс]: – Режим доступа: <https://medach.pro/post/2388>



УДК 616.831-005

ХАРАКТЕРИСТИКА ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕВЕРЯН С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА II-Й СТАДИИ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

Яковчук Е.Д.¹, Пенина Г.О.²

Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования

«Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»

Кафедра неврологии, МСЭ и реабилитации^{1,2}

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация^{1,2}

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми

«Сыктывкарская городская поликлиника № 3»

Отделение неврологии¹

г. Сыктывкар, Российская Федерация

Актуальность темы. Вопросы постановки диагноза, патогенеза, лечения хронической цереброваскулярной патологии остаются актуальными во врачебной среде. Четко не определены критерии термина «хронической ишемии мозга» и «дисциркуляторной энцефалопатии». Клиническая картина хронической цереброваскулярной патологии с повторными лакунарными инфарктами вместе с нарастанием неврологического дефицита характеризуется эпизодами острого ухудшения состояния пациента. Заболевание носит прогрессивный характер, но, так как включаются компенсаторные механизмы после эпизода ухудшения, возможна стабилизация либо уменьшение выраженности симптоматики. В отечественной литературе в большинстве случаев под термином «дисциркуляторная энцефалопатия» понимают сочетание хронического ишемического поражения вещества головного мозга с эпизодами острой церебральной ишемии. Этот термин более точно описывает характер патологического процесса, чем понятие ХИГМ (хроническая ишемия головного мозга). Эти термины не совсем равнозначны: они близки по значению, но при использовании одного из них вместо другого возможно не вполне точное описание патологического состояния конкретного больного. По данным большинства авторов термин ХИГМ в большей степени соответствует прогрессивному течению заболевания без острых церебральных сосудистых катастроф и описывает состояние, которое может быть одной из составных частей дисциркуляторной энцефалопатии [1]. С другой стороны, оба понятия указывают на ведущую роль сосудистого поражения головного мозга в развитии патологического процесса, их использование способствует выбору адекватной терапевтической стратегии. Проблемы реабилитации пациентов с хронической ишемией мозга особенно актуальны в районах Крайнего Севера с атипичной фотопериодикой, низкой продолжительностью светового дня, низкими температурами [2,3].



Целью исследования являлся анализ с позиции Международной классификации функционирования (МКФ) северян с хронической ишемией мозга II-й стадии.

Материал и методы. Нами лично осмотрены, обследованы (проведено МРТ головного мозга, УЗИ брахиоцефальных артерий), оценен неврологический статус, когнитивные функции (MMSE, MoCa-тест) 126 пациентов с хронической ишемией мозга (ХИМ) II-й стадии в ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3», ГБУЗ РК «Коми республиканская клиническая больница», ГБУЗ РК «Республиканский Госпиталь Ветеранов Войн и Участников Боевых Действий». Нами также использовалась МКФ с четырьмя уровнями детализации. Анализ данных проведен в операционной среде Windows 2007 с применением программы «Biostat». Нами были подсчитаны медиана, 25 и 75 перцентиль, использованы непараметрические критерии Манна-Уитни, Уилкоксона.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил 65,8 (55,7;75,9) лет. Преобладали лица женского пола (76 человек, 60,3 %). Средний возраст мужчин по данным исследования составил 66,3(56;76,6) лет, средний возраст женщин составил 64,2 (53,6;74,8) лет, $p \leq 0,05$. Работающих пациентов было меньше (44,5%), чем неработающих. Общее количество неработающих пациентов с установленной группой инвалидности составило 35,7 % (14,3 % инвалиды 2-й группы (10 человек), 21,4% – инвалиды 3-й группы (15 человек)). Среди работающих 3 человека признаны инвалидами 3 группы (5,3%). Артериальная гипертензия 1-й стадии была у 10,6% обследованных пациентов, артериальная гипертензия 2-й стадии – у 44,4%, артериальная гипертензия 3-й стадии - у 45%. Среди фоновых заболеваний у 27,8% обследованных встречалась ишемическая болезнь сердца, у 7,2% – инфаркт миокарда, у 19,1% пациентов было острое нарушение мозгового кровообращения, у 8,6 % – нарушения ритма сердца, у 15,8% – гемодинамический значимый стеноз брахиоцефальных артерий. Данные о фоновых заболеваниях обследуемых получены из амбулаторных карт.

Неврологический дефицит в виде микроочаговой симптоматики встречался у всех обследованных пациентов, а установленный диагноз был подтвержден необходимыми инструментальными, лабораторными, диагностическими, клинико-функциональными, нейровизуализационными и другими методами исследования, которые соответствовали утвержденным стандартам.

По методике MMSE в исследуемой группе результаты составили 26,7 (25,1; 27,9) балла (умеренные когнитивные нарушения). У 20,6% (26 человек) пациентов по данной шкале когнитивные функции в пределах нормы (по шкале 29 – 30 баллов) – средний балл 29 (27,8; 30,2). Легкие когнитивные нарушения выявлены у 15,8% (20 человек), по шкале 27 – 28 баллов, средний балл составил 27 (26,2; 27,8). Умеренные когнитивные нарушения выявлены у 63,6% (80 человек) пациентов в группе с хронической



ишемией мозга II-й стадии (по шкале MMSE-25-27 баллов), средний балл составил 26 (24,9; 27,1). По шкале MoCa среднее значение составило 26,7 (24,6; 28,8) балла, при этом следует отметить, что у 20,6 % опрошенных не было выявлено снижение когнитивных функций ниже 26-ти баллов, что соответствует нормальным когнитивным функциям. При этом у этих же 20,6 % опрошенных пациентов был высокий балл по шкале MMSE. У остальных же 79,4% пациентов значения были ниже 26-ти баллов, что говорит за умеренное когнитивное снижение.

Ограничение жизнедеятельности и здоровья в исследуемой группе пациентов оценено по МКФ. Мы использовали полную версию МКФ с четырьмя уровнями детализации. Нарушения функций выявлено по следующим доменам: функция памяти, функция эмоций, функция боли, функция давления, функция кровеносных сосудов. При оценке функции памяти умеренные проблемы, а именно, умеренное снижение памяти выявлено у 79,4% опрошенных, у 20,6% пациентов выявлены легкие проблемы, тяжелых и абсолютных проблем у пациентов выявлено не было. При оценке функции эмоций отсутствие проблем в группе выявлено у 13,6% исследуемых. По классификатору МКФ легкие проблемы выявлены у 80,9% обследуемых (уровень тревоги, депрессии был низким), умеренный уровень тревоги и депрессии выявлен у 5,5% обследуемых по классификатору МКФ. У обследуемых не было абсолютных проблем, не встречался высокий уровень личностной тревоги и депрессии. У 12% пациентов не выявлено нарушений по домену функция боли или незначительные жалобы на головные боли (в основном у всех пациентов в данной группе это была головная боль напряжения и головная боль при гипертонической энцефалопатии) до 1-го балла по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Легкие проблемы по данному домену выявлены у 31,7% (незначительные, слабые до 2 – 4-х баллов по ВАШ), у 56,3% пациентов домен соответствует выраженным проблемам, по шкале ВАШ – 5 – 7 баллов (сильная головная боль). Проблемы по домену «Функция артериального давления» выявлено у всех обследуемых пациентов. У 10,6% пациентов выявлены легкие проблемы, а именно, выставлен диагноз артериальная гипертензия 1-й стадии. Умеренные проблемы выявлены у 44,4% пациентов (артериальная гипертензия 2-й стадии), тяжелые проблемы по МКФ (артериальная гипертензия 3-й стадии) выявлена у 45%. По домену «Функция кровеносных сосудов» нарушения выявлены у всех пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II-й стадии. У 54,2% пациентов выявлены легкие проблемы (утолщение стенок артерий, стеноз от 0 – 24%), у 30% пациентов выявлены умеренные проблемы (средние, значимые, стеноз от 25 – 49%), тяжелые проблемы – у 15,8% обследуемых (гемодинамический значимый стеноз брахицефальных артерий – стеноз 50 – 90%). Стенозов 91 – 100% (абсолютных проблем) не было среди пациентов в обследуемой группе.

По домену «Структуры» было выявлено нарушение по 3-м позициям: структура головного мозга, структура сердечно-сосудистой системы, желудочки

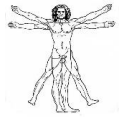


сердца, изменения сосудов брахицефальных (структура головного мозга другая уточненная). У всех пациентов (100%) по МРТ головного мозга выявлены нарушения по домену «Структура головного мозга», в 45,2% – наличие подкорковых очагов в головном мозге; нарушения расценены как легкие, локализованные с обеих сторон (57 человек) и как умеренные в 55,8% (69 человек), наличие множественного очагового поражения головного мозга, в том числе, лейкоареоза, лакунарных очагов, участков микрокровоизлияний. Нарушения по типу легкой гидроцефалии выявлены у 31,7% пациентов, расширения боковых желудочков головного мозга до 13 – 15 мм с обеих сторон. У 68,3% пациентов по МРТ головного мозга не было выявлено гидроцефалии. Нарушения по типу легкой атрофии вещества головного мозга выявлены у 31,7% пациентов (40 человек), изменений не выявлено у остальных 68,3% пациентов. В 69,8% случаев (88 человек) в обследуемой группе наблюдалась гипертрофия левого желудочка сердца.

По разделу «Ведение домашнего хозяйства» задействован домен «Выполнение работы по дому другое уточненное» (умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, поднять или нести сумку с продуктами). Не было ограничений у 41,5% пациентов, легкое ограничение выявлено у 39,4%, при этом, введение посторонней помощи приводит к отсутствию ограничений (помощь родственников), а использование вспомогательных средств приводит к улучшению активности и участия до отсутствия ограничений по этому домену. У 19,1% пациентов выявлено умеренное ограничение активности и участия по данному домену. Помощь родственников облегчает ограничение «до легких», а применение вспомогательных средств никак не влияет на умеренное ограничение активности и участия по данному домену.

По разделу «Общие и межличностные взаимодействия» нами был выделен «Домен общие межличностные взаимодействия, другие уточненные и не уточненные» (насколько физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4-х недель мешало пациентам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе). У 29,8% пациентов отсутствовали какие-либо ограничения; легкие ограничения выявлены у 46,9% опрошенных, умеренные ограничения – 23,3% опрошенных. Посторонняя помощь могла снизить ограничения на 1 балл по МКФ в каждой группе опрошенных. Использование вспомогательных средств не могло никак помочь в улучшении активности и участия по данному домену.

Выводы. В обследуемой группе северян преобладали женщины. Чаще выявлялись умеренные проблемы по домену «Функции памяти» МКФ. По домену МКФ «Функции артериального давления» чаще выявлялись умеренные и тяжелые нарушения. По домену «Функция боли» чаще выявлены выраженные проблемы по головной боли. По разделу «Структуры» МКФ чаще выявлялись умеренные и легкие нарушения. По разделу «Ведение домашнего хозяйства» чаще не было выявлено нарушений. По разделу «Общие и межличностные



взаимодействия» чаще встречались легкие ограничения. Таким образом, МКФ помогает детализировать и структурировать нарушения при хронической ишемии мозга и на основе доменов сформулировать план реабилитационных мероприятий.

Список литературы:

1. Камчатнов П.Р., Чугунов А.В. Хронические цереброваскулярные заболевания // Доктор. Ру. – 2017. – № 1 (130). – С. 11 – 15.
2. Тентюков М.Л., Горячко М.Д., Гавритухин И.О. и др. / М.Л. Тентюков, М.Д. Горячко, И.О. Гавритухин, С.В. Кузьминых, П.П. Котов, А.Н. Прокинова, О.И. Бирюкова, П.С. Павлинов /2009/. М.Л. Тентюков, М.Д. Горячко, Ю.Б. Коряков, И.О. Гавритухин, С.В. Кузьминых, П.П. Котов, А.Н. Прокинова, В.В. Селевёрстов, О.И. Бирюкова, П.С. Павлинов /2018/. Актуализация: редакция БРЭ /2020/. КОМИ // Большая российская энциклопедия. Электронная версия (2020); <https://bigenc.ru/geography/text/5670612>. (Дата обращения: 17.12.2020)
3. Яковчук Е.Д., Пенина Г.О. Оценка качества жизни у северян с хронической ишемией мозга. Мат. четвертой науч.-практ. конф. неврологов Северо-Западного Федерального округа Российской Федерации с Междунар. уч. – Сыктывкар, 2011. – С. 130 – 131.

