ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФИЛИАЛ № 2 ФГБУ
«3 ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ
ИМЕНИ А.А. ВИШНЕВСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ,
посвященных 25 – летию филиала № 2 ФГБУ
«3 центральный военный клинический госпиталь
имени А.А. Вишневского»
Министерства обороны Российской Федерации

Редакционный совет

д.м.н., доц. Юдин В.Е., д.м.н. Будко А.А., д.м.н., проф. Овечкин И.Г.,
д.м.н., проф. Щегольков А.М., д.м.н., проф. Ярошенко В.П.

Филиал № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации, 125445, г. Москва, ул. Левобережная, д. 5, тел. 8-(495)-455-94-01, 6zvkg.ru, 6_gospital@mail.ru

В тексте настоящего издания в основном сохранены содержание, стиль и орфография, использованные авторами представленных материалов. Издатель не несет ответственности за достоверность приведенной информации, ошибки и опечатки, а также за любые последствия, которые они могут вызвать.

Материалы сборника могут воспроизводится без письменного разрешения Издателя.

г. Москва, 2014 год

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
доктор медицинских наук, доцент Юдин В.Е., доктор медицинских наук Будко А.А., доктор медицинских наук, профессор Овечкин И.Г., доктор медицинских наук, профессор Щегольков А.М., доктор медицинских наук, профессор Ярошенко В.П.

Актуальные проблемы медицинской реабилитации:
Сборник научных трудов/ Под ред. д.м.н. Юдина В.Е. – М.: Изд. 2014. – 181 с.

В сентябре 2014 года исполняется 25 лет со дня основания филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» Минобороны России (ранее 6 ЦВКГ МО РФ), многопрофильного военного лечебного учреждения реабилитационного профиля.

На страницах сборника обобщены результаты совместных теоретических, научно-педагогических и клинических исследований по актуальным проблемам медицинской реабилитации сотрудников филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» Минобороны России, ученых кафедры восстановительного лечения института усовершенствования врачей ФКУ «МУНКЦ им. П.В.Мандрыка» Минобороны России, центральных военных госпиталей и санаториев, научно-исследовательских учреждений. Научные сообщения сборника отражают организационные, психофизиологические и профессиональные аспекты медицинской реабилитации военных специалистов, особенности медицинской реабилитации раненых и больных хирургического, терапевтичсекого и психоневрологического профиля, подготовку и усовершенствование специалистов в области медицинской реабилитации.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОГРАММНЫЕ ТЕЗИСЫ	
Юдин В.Е., Будко А.А., Овечкин И.Г., Ярошенко В.П. ФИЛИАЛУ № 2 ФГБУ «3 ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ИМЕНИ А.А. ВИШНЕВСКОГО» МИНОБОРОНЫ РОССИИ - 25 ЛЕТ…..	12
Юдин В.Е., Щегольков А.М. СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ……...	14
Щегольков А.М. СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ……...	16
Юдин В.Е., Белякин С.А., Шкарупа О.Ф. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ…….	21
Русева С.В., Пономаренко Г.Н., Русев И.Т. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ…….	23
Русева С.В., Пономаренко Г.Н., Русев И.Т. НОВОЕ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ……	24
Щегольков А.М. К 25 - ЛЕТИЮ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ФКУ «МУНКЦ им. П.В.МАНДРЫКА» МО РФ И ФИЛИАЛА № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. ВИШНЕВСКОГО» МО РФ……	25
Щегольков А.М. НАУЧНЫЕ ШКОЛЫ КАФЕДРЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МУНКЦ ИМ. П.В. МАНДРЫКА МО РФ……...	29
ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕЗИСЫ	
Абусева Г.Р., Пирогова С.В., Лапотников А.В. ЭРГОТЕРАПИЯ – НЕОБХОДИМАЯ ЧАСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА…	35
Абусева Г.Р., Карпова Т.Н. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСЕЛЕКТИВНОЙ ХРОМОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА……..	37
Абусева Г.Р., Ковлен Д.В. ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ КАК	

РЕГЕНЕРАТИВНОГО МЕТОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗАМИ……..	38
Азарова Е.К., Игнатенко Н.Е., Шакула А.В., Стариков С.М., Чунтул А.В. ВОЗМОЖНОСТИ РЕФЛЕКСО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕТНОГО СОСТАВА…….	40
Аннушкин А.Д., Евстафьев С.К., Жезлов М.А., Брагина Е.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА КСЕОМИН ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЗИРОВАННОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА ARMEO……..	41
Бабич В.В., Веретенко Е.А., Янковский В.В., Бобунов Д.Н. НОВЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА……	43
Батусов О.В., Рудских О.П., Кремер К.Г. УЛУЧШЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ……	45
Будко А.А., Артамонова Е.Е. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОЧАСТОТНОЙ ИМПУЛЬСНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ……..	46
Бурлак А.М., Матвиенко В.В. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ……...	47
Волошина Н.И., Подберезкина Л.А. ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ «БИОЛЬ» У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ…….	48
Гаврилова Н.Н., Юрченко В.П., Наумова Е.А. ЛАБОРАТОРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ – ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ…….	49
Горлова А.П., Молчанов Б.А. ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ……...	50
Гурьев Г.С., Юдин В.Е., Дударев В.В., Лежнева А.Г., Сухов А.В. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МОНООКСИД-АЗОТНОЙ И ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ……...	52
Дударев В.В., Гурьев Г.С. ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА…….	53
Дударев В.В., Гурьев Г.С. НОВЫЙ МЕТОД УШИВАНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КОЛЬЦА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ……...	54
Дыбов М.Д., Аннушкин А.Д., Тертова И.С. Салостина Н.И. ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ	

МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ……..	55
Дыбов М.Д., Аннушкин А.Д., Косухин Е.С. БИОУПРАВЛЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ……..	56
Елоев М.С., Клипак В.М., Елоев Р.М., Петров И.А. ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ……..	58
Елоев М.С., Клипак В.М., Петров И.А., Ермолинский И.И. ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СТАЦИОНАРЕ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА…..	60
Елоев М.С., Клипак В.М., Петров И.А., Арапов Д.Б. АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА……..	61
Замотаев Ю.Н. АНАЛИЗ САМООЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ И СТЕПЕНИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ БОЛЬНЫХ О ЗАБОЛЕВАНИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА.	63
Замотаев Ю.Н. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА……	64
Иорданишвили А.К. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ…….	65
Карабач И.В., Юдин В.Е., Мягков Ю.А., Кочетов А.Г., Аникеев А.И. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ФИЗИОТЕРАПИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ…….	67
Карабач И.В., Юдин В.Е., Карасева А.В., Мягков Ю.А., Кочетов А.Г. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАП-ЭЛМ-01 «АНДРО-ГИН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И НЕЙРОГЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ФИЛИАЛА № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им.А.А.ВИШНЕВСКОГО» МИНОБОРОНЫ РОССИИ……..	69
Карабач И.В., Юдин В.Е., Дударев В.В., Мягков Ю.А., Кочетов А.Г. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЦЕЛЕ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФИЛИАЛА № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ ИМ. А.А. ВИШНЕВСКОГО» МИНОБОРОНЫ РОССИИ……...	70
Клевцевич А.В., Чурсин В.В., Глуцкий С.А., Калашников А.Л., Цепелева Г.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ…….	71
Климко В.В., Аннушкин А.Д., Кондукова Е.А., Лагутина М.Н., Иванихина С.В, Карасева А.В. ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОТОРНОГО КОМПОНЕНТА РЕЧИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В БАССЕЙНЕ ЛЕВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ, С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕХАНОКОМПЛЕКСА «ARMEO»……	73
Климко В.В., Аннушкин А.Д., Кондукова Е.А., Лагутина М.Н., Карасева А.В.	

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ БОТУЛОТОКСИНА И МЕХАНОТЕРАПИИ……	75
Климко В.В., Щегольков А.М, Ярошенко В.П. ОБУЧЕНИЕ В АДЪЮНКТУРЕ И ОРДИНАТУРЕ НА КАФЕДРЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ФГКУ «МУНКЦ ИМ.П.В.МАНДРЫКА» МО РФ……	77
Климко В.В. КОРРЕКЦИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ……..	81
Климко В.В., Щегольков А.М., Арсений Т.В. КАРДИОТРЕНИРОВОКИ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА……...	82
Климко В.В., Щегольков А.М., Калинина С.В. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА АПНОЕ/ГИПОПНОЕ У БОЛЬНЫХ ИБС, С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ……...	84
Климко В.В., Будко А.А., Арсений Т.В., Зюлина Ю.В., Фролова С.С., Коршикова Н.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОГО АСПЕКТА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ОСНОВАННОЙ НА РАСЧЕТЕ УДЕЛЬНОЙ МОЩНОСТИ НАГРУЗКИ……	86
Либих Д.А., Подберезкина Л.А. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СТОМАЛГИЙ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ…….	87
Лобейко В.В., Жмудь М.В. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА…….	90
Лямин М.В., Дыбов М.Д., Аннушкин А.Д., Полякова С.В., Карахалина А.Б. ПРИМЕНЕНИЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В РЕБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ……	92
Матвиенко В.В., Цоллер К.А., Бучнов А.Д. ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ ПРИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ……..	93
Матвиенко В.В., Цоллер К.А., Бучнов А.Д. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ ПРИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ….	94
Мережкин А.М., Зоткин А.В., Миць Н.Н. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ……	96
Мягков Ю.А., Иванов В.Н., Краев И.Г., Карабач И.В., Мягкова А.Ю.	

ЛЕВИТРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ……..	97
Мягков Ю.А., Иванов В.Н., Карабач И.В., Мягкова А.Ю., Краев И.В. КОМПЛЕКСНОЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИТЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА……	98
Мягков Ю.А., Карабач И.В., Краев И.Г., Мягкова А.Ю. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ДУВЛ НА ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЯХ…….	100
Мягков Ю.А., Карабач И.В., Краев И.Г., Мягкова А.Ю. РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ И ФАЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЕ……...	101
Мягков Ю.А., Карабач И.В., Краев И.Г., Мягкова А.Ю. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ……	103
Мягков Ю.А., Краев И.Г., Карабач И.В., Мягкова А.Ю. ПРИМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АНДРОГЕНАМИ («АНДРОГЕЛЬ») У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, ВОЗРАСТНЫМ ДЕФИЦИТОМ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ…….	104
Неборский А.Т., Шалыгина О.И. ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ (С КУРСОМ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ) ГИУВ МО РФ……...	106
Овечкин И.Г. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ПОЛИСЕНСОРНОЙ ЗРИТЕЛЬНОЙ РЕЛАКСАЦИИ В ЦЕЛЯХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АККОМОДАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ……	107
Овечкин И.Г., Шалыгина Е.Л. К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМАХ АККОМОДАЦИИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ АККОМОДИРУЮЩИХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ……	108
Овечкин И.Г., Шалыгина Е.Л. ОБЪЕКТИВНАЯ АККОМОДОГРАФИЯ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ…….	109
Павлов А.И. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА ВЫЯВЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ……	112
Попов А.П., Федотов Н.Н., Покусаев А.А., Лазарева Л.Е., Диденко О.И., Тарануха В.К. ОПЫТ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КРУПНОМ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ……	114
Поправка С.Н. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ С АМПУТАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА…….	116
Поправка С.Н., Сергеев В.А. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРОКОВ И БОЛЕЗНЕЙ КУЛЬТЕЙ	

КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ……..	121
Поправка С.Н. МЕСТО «ШКОЛЫ ХОДЬБЫ» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ…….	124
Пушкарев Е.П., Сычев В.В., Черенкова М.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПАНТО-МАГНИЕВЫХ ВАНН В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА……	126
Рудских О.П., Денищук И.С., Батусов О.В. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ……...	127
Самойлов А.А., Кузнецов А.С. СОЧЕТАННАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КРАТКОСРОЧНЫХ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ…….	128
Самсонов В.В., Иорданишвили А.К., Багненко А.С., Маградзе Г.Н. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ……...	130
Сергеев В.А., Поправка С.Н., Болотов Д.Д. РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТЕНЗОПОДОМЕТРИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ……...	132
Сергеев В.А., Поправка С.Н., Болотов Д.Д. МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПЕРВОГО ЛУЧА СТОПЫ……...	133
Сычёв В.В., Щегольков А.М., Юдин В.Е., Будко А.А. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ……..	135
Токарева Д.В., Абусева Г.Р. ФИЗИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛИ В СПИНЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ……...	137
Хмиль А.Я., Белов Д.Ф., Молчанов Б.А. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА В СОСТАВЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА……..	138
Цуканов Д.В., Поправка С.Н., Серегин М.В., Имаков В.В. ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДА АРТРОСКОПИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ В ТРАДИЦИОННУЮ СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗОВ И ИХ ОЦЕНКА НА ПОЗДНЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ……	140
Чурсин В.В., Клевцевич А.В., Калашников А.Л., Глуцкий С.А., Цепелева Г.С. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК…….....	141
Чурсин В.В., Клевцевич А.В., Калашников А.Л., Глуцкий С.А., Цепелева Г.С. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ….	144
Чурсина Т.В., Юдин В.Е., Сычев В.В., Ворсин О.Э., Александрова А.Ю.	

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПЛЕРЕНОНА У БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ…….	146
Шакула А.В., Шуппо О.А. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОБЩЕЙ АЭРОКРИОТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ КРИОКАПСУЛЫ ICEQUEEN……	147
Шакула А.В. ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕТЧИКОВ КОРАБЕЛЬНЫХ ВЕРТОЛЕТОВ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОГО ПЛАВАНИЯ В НИЗКИХ ШИРОТАХ...	148
Шакула А.В., Гридин Л.А. ПРИМЕНЕНИЕ В ДЛИТЕЛЬНЫХ ПОЛЕТАХ МЕТОДОВ ЭЛЕКТРОТРАНКВИЛИЗАЦИИ ЦНС И ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА……..	149
Шакула А.В., Гридин Л.А. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛЕТНОГО СОСТАВА: КОНЦЕПЦИЯ, ПРИНЦИПЫ, МЕТОДЫ……..	150
Шакула А.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ С ПОМОЩЬЮ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ЭКСПЕРТНО-КОНСУЛЬТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ «ЭФФЕКТ»……..	153
Шенгелия Е.В., Иорданишвили А.К., Балин Д.В., Слугина А.Г., Музыкин М.И. НОВЫЕ ТЕХОЛОГИИ В ОПТИМИЗАЦИИ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА ЧЕЛЮСТЕЙ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ……...	156
Щегольков А.М., Юдин В.Е., Будко А.А., Сычёв В.В., Пушкарёв Е.П., Коршикова Н.В., Александрова А.Ю. УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ……	158
Щегольков А.М., Ярошенко В.П., Данилов Ю.А., Ионичевская И.И., Косухин Е.С. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ……...	160
Щегольков А.М., Дыбов М.Д., Пушкарев Е.П., Косухин Е.С. КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ…….	161
Юдин В.Е., Лямин М.В., Симбердеев Р.Ш., Ярошенко В.П., Аннушкин А.Д., Полякова С.В. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СПЕЦКОНТИНГЕНТОВ……...	164
Юдин В.Е., Будко А.А., Щегольков А.М., Сычев В.В., Гузенко И.Е., Невзорова С.Ю. ПРИМЕНЕНИЕ ВОЗДУШНО-ОЗОНОВЫХ ВАНН В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА……...	166
Юдин В.Е., Лямин М.В., Симбердеев Р.Ш., Ярошенко В.П., Аннушкин А.Д., Карахалина	

А.Б. ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У СПЕЦКОНТИНГЕНТА……...	168
Юдин В.Е., Матвиенко В.В., Бурлак А.М. ПОЭТАПНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПОЛУЧИВШИХ БОЕВУЮ ТРАВМУ……	169
Юдин В.Е., Аннушкин А.Д., Дыбов М.Д., Цепляева С.В. ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АКШ……..	171
Юдин В.Е., Аннушкин А.Д., Дыбов М.Д., Цепляева С.В. ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ И БОЛИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ……..	172
Юдин В.Е., Матвиенко В.В., Бурлак А.М. ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ В КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ…….	174
Юдин В.Е., Матвиенко В.В., Бурлак А.М. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ……..	175
Юдин В.Е., Неборский А.Т., Азарова Е.К., Аннушкин А.Д., Лямин М.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КРАНИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ…….	176
Ярошенко В.П., Юдин В.Е., Поправка С.Н., Лямин М.В. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА..	178
Ярошенко В.П., Матюшина Т.Ф. ОРГАНИЗАЦИЯ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ…….	179

ПРОГРАММНЫЕ ТЕЗИСЫ

ФИЛИАЛУ № 2 ФГБУ «3 ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ИМЕНИ А.А. ВИШНЕВСКОГО» МИНОБОРОНЫ РОССИИ – 25 ЛЕТ

Юдин В.Е., Будко А.А., Овечкин И.Г., Ярошенко В.П.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

15 сентября 2014 года исполняется 25 лет со дня основания 6 Центрального военного клинического госпиталя (в настоящее время филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Минобороны России).

История создания госпиталя неразрывно связана с развитием реабилитационного направления в стране и медицинской службе Вооруженных Сил Российской Федерации. Нуждаемость в медицинской реабилитации раненых и больных в эти годы стала значительно превышать возможности имеющихся реабилитационных подразделений.

В историческом аспекте основополагающим документом о создании госпиталя явилось решение Исполкома Моссовета от 25 ноября 1983 года № 3489 "Об отводе Министерству обороны СССР земельного участка по Левобережной улице под строительство пансионата ветеранов Армии и Флота". Решением руководства ЦВМУ МО СССР от 12 ноября 1988 года изменено функциональное назначение "пансионата" в филиал ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, предназначенный для проведения восстановительного лечения раненых и больных.

17 апреля 1989 года Министром обороны СССР генералом армии Язовым Д.Т. было принято решение создать на базе филиала ГВКГ имени Н.Н. Бурденко 6 ЦВКГ, предназначенный для восстановительного лечения раненых, больных и пораженных военнослужащих СА и ВМФ, членов их семей, офицеров в отставке, инвалидов Великой Отечественной войны, ветеранов-интернационалистов, служащих СА. На основании

директивы Генерального штаба ВС РФ от 22 октября 2009 года 6 ЦВКГ включен структурным подразделением 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского на 400 коек.

В разные годы госпиталь возглавляли полковник медицинской службы Мороз Иван Ефимович, полковник медицинской службы Клюжев Вячеслав Михайлович (с 1994 года – генерал-майор медицинской службы, начальник ГВКГ им. Бурденко, доктор медицинских наук, профессор), генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор Иванов Владимир Николаевич, полковник медицинской службы Белякин Сергей Анатольевич (ныне начальник 3 ЦВКГ им. Вишневского МО РФ, Заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук, генерал-майор медицинской службы в запасе). В 2007 году на должность начальника госпиталя назначен заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы Юдин Владимир Егорович (ныне доктор медицинских наук, доцент).

Под их руководством сформирована концепция системы медицинской реабилитации в Вооруженных Силах РФ, научная школа госпиталя, повысилась его оснащенность современным реабилитационным лечебно-диагностическим оборудованием, налажены реабилитационные потоки в Московском регионе, создана материально-техническая база, усовершенствована организационно-штатная структура госпиталя. Госпиталь стал клинической базой кафедры физиотерапии и курортологии Военно-медицинского факультета при ЦИУВ, в дальнейшем кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения (с курсом традиционных методов лечения) ГИУВ МО РФ и кафедры восстановительного лечения института усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ.

В настоящее время Филиал является многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением Министерства обороны РФ, на который возложены следующие основные задачи: завершение госпитального этапа лечения больных с заболеваниями сердечно -сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, нервной системы, урологическими заболеваниями, последствиями ранений и травм; преемственное проведение программы реабилитационных мероприятий с целью закрепления достигнутых результатов предшествующего лечения, дальнейшего восстановления нарушений функций, боеспособности и работоспособности или преодоление инвалидизирующего дефекта, подготовки больного к выполнению обязанностей военной службы и трудовой деятельности; разработка и внедрения в практику современных научно-обоснованных методов медицинской реабилитации и др.

Филиал № 2 является одним из первых специализированных научно-практических реабилитационных центров в нашей стране, в котором высококвалифицированные сертифицированные специалисты, имеющие ученые звания и степени, обладающие большим опытом работы, владеющие оригинальными и уникальными методиками лечения на основе современных наукоемких технологий, в состоянии успешно решать самые сложные задачи медицинской реабилитации раненых и больных.

В филиале ежегодно проходят лечение и реабилитацию около 7000 пациентов. В структуре больных по нозологическим формам преобладают пациенты с болезнями органов кровообращения – 50%, болезнями костно-мышечной системы – 17% и болезнями нервной системы – 15%. В Центре реконструктивно-восстановительной

хирургии ежегодно выполняется около 600 операций, из которых 50 % относится к категории сложных. Приоритетным направлением является малоинвазивная хирургия.

Филиал осуществляет функции Всеармейского центра протезно-ортопедической помощи военнослужащим-инвалидам вследствие боевых действий и военной травмы. За последние 10 лет протезно-ортопедическими изделиями обеспечено более 1500 военнослужащих.

Наличие в составе филиала Центра медицинской реабилитации с отделениями лечебной физкультуры, физиотерапии и традиционных методов лечения позволяет значительно расширить арсенал современных медицинских технологий лечения и реабилитации. В комплексной реабилитации пациентов применяются современные методы физиотерапии, психофизиологической реабилитации (биоакустическая психокоррекция, групповая и индивидуальная психотерапия, психофармакотерапия), фитотерапия, гирудотерапия, иглорефлексо- и мануальная терапия, лечебная физкультура с применением роботизированной механотерапии, аппаратно-программных комплексов «Armeo» и вертикализатора «Erigo», стабилотренировок, кардио-респираторных тренировок, кардиологической ударно-волноволновой терапии, гипербарической оксигенации, гелий-неоновой лазеротерапии и др.

После завершения восстановительного лечения более чем у 90% пациентов отмечается стойкий положительный эффект, выражающийся повышением показателей функционального состояния организма, существенным уменьшением вторичных осложнений, обеспечением профессиональной надежности.

В филиале в настоящее время работают 4 профессора, 3 доцента, 8 докторов медицинских наук, 12 кандидатов медицинских наук, 1 кандидат экономических наук, 12 заслуженных врачей Российской Федерации, 8 заслуженных работников здравоохранения Российской Федерации, 5 отличников здравоохранения, 50 врачей высшей и первой квалификационной категории, 3 провизора высшей квалификационной категории, более 100 медицинских сестер высшей и первой квалификационной категории.

Филиал №2 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского на протяжении своей 25-летней истории всегда был и остается одним из ведущих реабилитационных центров не только военного, но и гражданского здравоохранения. Коллектив госпиталя внес существенный вклад в развитие реабилитационного направления, медицинской науки и практики и готов выполнить все возложенные на него задачи по сохранению и укреплению здоровья защитникам Отечества, ветеранам Вооруженных Сил Российской Федерации и членам их семей.

СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Юдин В.Е.[1], Щегольков А.М.[2]
[1]Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского МО РФ», г. Москва
[2]Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ, г.Москва

Необходимость сохранения здоровья, боеспособности и трудоспособности военнослужащих диктует потребность развития реабилитационного направления и восстановительного лечения в военном здравоохранении.

Под реабилитацией в системе военно-медицинской службы в настоящее время принято понимать совокупность медицинских, психологических, военно-профессиональных, социально-экономических и педагогических мер, направленных на восстановление здоровья и боеспособности (трудоспособности), нарушенных или утраченных военнослужащими в связи с болезнью или травмой. В основу реабилитации положены принципы плановости (программности) комплексности, системности, индивидуализации, информативности, непрерывности и преемственности. Этапный характер реабилитационной системы создаёт необходимость строгой преемственности этапов, взаимной передачи информации. Важное значение медицинская реабилитация имеет для больных в фазе реконвалесценции после острых заболеваний и травм, больных в фазе ремиссии хронических заболеваний, а также военнослужащих специальных контингентов, как основных объектов реабилитационных мероприятий. Этапная система МР включает госпитальный, амбулаторно-поликлинический, санаторный этапы. Каждый из них решает свою часть общей задачи реабилитации присущими каждому из них методами.

В условиях реформирования Вооруженных Сил, в т.ч. военно-медицинской службы, возникли специфические медико-экономические и социально-психологические предпосылки новых идей в стратегии медицинского обеспечения армии и флота, в частности профилактической и восстановительной медицины. В настоящее время определяются следующие основные направления оптимального развития медицинской реабилитации в ВС РФ: совершенствование методов ранней и доклинической диагностики болезней военнослужащих, предупреждение возникновения и развития у военнослужащих профессионально обусловленных болезней, совершенствование методов восстановительного лечения, широкое применение немедикаментозных форм терапии, разработка единых технологий экспертизы профессионального здоровья, повышение функциональных резервов здоровья военнослужащих. В структуре медицинской службы ВС РФ отлажены функциональные связи между учреждениями и подразделениями, в задачи которых входит проведение реабилитационно-восстановительных мероприятий.

В 1990 году был открыт и занял своё ведущее место в системе медицинской реабилитации 6 ЦВКГ МО РФ, ныне филиал №2 ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского Минобороны России». В ряде центральных военных госпиталей и лечебно-профилактических учреждений видов ВС сформированы центры (отделения) медицинской реабилитации, существенно повысившие эффективность восстановительного лечения на госпитальном этапе. Современный подход к оптимизации лечебно-диагностического процесса в крупных клинических многопрофильных учреждениях реализован в 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневского после создания собственного реабилитационного центра (филиал № 2) и в медицинском учебно - научном клиническом центре им. П.В. Мандрыка, имеющем клинику восстановительного лечения (Болшево).

Дальнейшее развитие системы МР в ВС РФ связано с формированием новых специализированных современных учреждений реабилитационного профиля. Так, 2 декабря 2013 года Министром обороны Российской Федерации подписан приказ № 859 о

создании ФГБУ «Лечебно-реабилитационный клинический центр» Министерства обороны Российской Федерации - многопрофильного медицинского учреждения, оказывающего на современном уровне все виды медицинской помощи (первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую реабилитацию) в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. В состав Центра войдут структурные подразделения: поликлиника (бывший Медицинский центр Спецстроя России); филиал № 1 (бывший Центральный военный госпиталь Спецстроя России); филиал № 2 (бывший военный санаторий «Фрегат»).

Важную роль в этапной системе медицинской реабилитации играет санаторный этап. К настоящему времени сложилась и организационно оформилась система этапной реабилитации наиболее тяжелой категории больных, перенесших операции на сердце.

На поликлиническом этапе медицинская реабилитация осуществляется в штатных и нештатных отделениях и кабинетах восстановительного лечения центральных, окружных, гарнизонных поликлиник, а также в процессе проведения динамического наблюдения и диспансеризации военнослужащих. В настоящее время необходимо наращивать мощности центральных поликлиник с переходом их на штаты диспансерно-реабилитационных центров с дневными стационарами.

В рамках Федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2006-2010 годы» в ВС РФ ведется строительство реабилитационного центра на базе филиала №2 ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского Минобороны России», созданы и функционируют с 2006 года:

- отделение восстановительного лечения на базе ОВКГ г. Ростов-на-Дону;
- отделение восстановительного лечения на базе ОВКГ г. Хабаровск;
- отделение восстановительного лечения на базе ВМКГ г. Североморск.

Таким образом, существующая в Вооруженных Силах система медицинской реабилитации и восстановительного лечения позволяет в полном объеме проводить реабилитационно-восстановительные мероприятия всем военнослужащим.

СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Щегольков А.М.
Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ

Развитие преподавания медицинской реабилитаци и восстановительной медицины является важной составной частью последипломного образования офицеров медицинской службы и врачей Вооруженных Сил, а также среднего медперсонала медицинских учреждений ВС РФ. Опыт кафедры восстановительного лечения института усовершенствования врачей ФКУ «МУНКЦ им. П.В.Мандрыка» МО РФ (до 2011 г. – кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения ГИУВ МО РФ) позволил выработать некоторые принципы, как преподаваемой дисциплины так и

методологии ее преподавания. В соответствии с «Концепцией развития высшего военно-медицинского образования ВС РФ», утвержденной Начальником ГВМУ МО РФ, кафедрой была разработана концепция подготовки специалистов по медицинской реабилитации, развития преподавания и кафедры восстановительного лечения, в рамках которой рассматриваются следующие проблемы:

1. Формирование медицинской реабилитации (МР), как направления здравоохранения и трансформация ее в самостоятельный раздел медицинской науки - клиническую реабилитологию.
2. Развитие преподавания МР.
3. Развитие клинической базы кафедры.
4. Преподавание вопросов организации МР.
5. Этапы развития кафедры и преподавания медицинской реабилитации.

Логически сложное понятие реабилитации включает две взаимозависимые категории. Во-первых, это - цель реабилитации, всегда социальную, т.е. достижение максимально доступного восстановления социальной дееспособности человека как члена общества, в том числе трудо-боеспособности. Во-вторых, средства достижения этой цели путем устранения причин нарушения дееспособности, в том числе и дефектов состояния здоровья, последствий болезней, травм, операций, перегрузок и т.п. что собственно и составляет содержание МР. В этом плане МР входит важной составной частью в систему научных знаний и практической деятельности, направленных на сохранение и восстановление функциональных резервов организма человека, сниженных в результате неблагоприятных воздействий внешней среды. Эта система знаний определяется как медицинская реабилитация и она представляет самостоятельную специальность.

Идеи медицинской реабилитации заняли прочное место, как в научной медицине, так и в практике здравоохранения и успешно развиваются. Это относится и к их преподаванию. МР является задачей здравоохранения и предметом преподавания кафедры. МР не противопоставляется лечению, более того, она является его составной частью, осуществляется на всем протяжении болезни и ее последствий и приобретает особенно большое значение в фазах реконвалесценции острых заболеваний (травм), а также ремиссии хронических патологических процессов. Изучение этих фаз является одной из задач реабилитологии. МР направлена на устранение не столько морфологических, сколько функциональных нарушений и на саногенетическое воздействие на патогенетические механизмы болезни. Поэтому основу выбора реабилитационного воздействия составляют клинико - функциональный и синдромно-патогенетический подходы.

В преподавании МР включаются как общие вопросы - совокупность методов нелекарственного, физического и т.п. лечения, так и частные аспекты: реабилитация в кардиологии, пульмонологии, травматологии и т.д. Из этого вытекает, с одной стороны, использование в преподавании медицинской реабилитации специалистов различных клинических дисциплин, а с другой стороны - их объединение у постели конкретных больных. Последнее представляет главную задачу общей реабилитологии, только оно и оправдывает существование реабилитолога как специалиста. Этим вызвается необходимость внесения элементов реабилитологии в круг задач формирования врача любой клинической специальности.

В ходе последипломного усовершенствования при прохождении ординатуры и адъюнктуры по терапии и по другим клиническим специальностям целесообразно включать вопросы МР. Это должно делаться как в виде отдельных, пусть и относительно кратковременных циклов, так и путем органического включения МР в преподавание программных вопросов самих профилирующих дисциплин.

Мы рассматриваем медицинскую реабилитацию как дисциплину клиническую и потому ее преподавание должно строиться по клиническому типу. Оно должно осуществляться на базе лечебных учреждений многопрофильного типа с хорошо поставленным реабилитационным обеспечением. Такой базой является, например, клиника восстановительного лечения МУНКЦ им. П.В.Мандрыка, филиал № 2 «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» - современный многопрофильный реабилитационный центр в системе лечебных учреждений Вооруженных Сил.

Он выполняет функцию методологического центра для отделений восстановительного лечения (ОВЛ) крупных госпиталей, составляя поздний госпитальный этап. Кроме того, кафедры МР должны располагать клиническими базами в пригородных санаториях, осуществляющих восстановительное лечение, например, после операций на сердце, инфаркта миокарда и других распространенных заболеваний. Кафедры должны принимать на себя в интересах преподавания методическое руководство реабилитационной работой этих лечебных учреждений. Целесообразно также использование для преподавания крупных поликлиник, располагающих отделениями восстановительного лечения (отделениями физиотерапии, ЛФК, иглорефлексотерапии т.п.).

Такое базирование необходимо, в частности, для отработки принципа этапности МР. Слушатели должны понимать и усваивать особенности работы госпитального, поликлинического, санаторного этапов. Им необходимо освоить особенности реабилитационного процесса в ранних фазах течения патологических процессов, принципы разработки реабилитационных рекомендаций для послегоспитальных этапов. Основным этапом реабилитационной системы является амбулаторно-поликлинический. На этом этапе больной находится под наблюдением наиболее длительное время и основным методом медицинской помощи является диспансерное наблюдение, включающее элементы медицинской реабилитации. Наконец, слушатели должны освоить особенности диагностики и лечения больных в санаториях, которые по своей напряженности и наиболее высокой эффективности при кратковременности применения, вполне могут трактоваться как интенсивная реабилитация.

Слушатели должны усвоить навыки объективной оценки результата МР, работать на основе единого понимания принципов МР, решать ее общую для этапов задачу, пользуясь своими методами, присущими каждому из этапов, знать методы оценки текущей и итоговой оценки эффективности МР и применять ее для необходимой коррекции реабилитационной программы. Клиническое преподавание реабилитологии включает чтение клинических лекций, которые, как таковые, должны быть не пересказом учебных пособий, а носить проблемный характер. Практические занятия служат для закрепления учебного материала. Они включают курацию тематических больных с отработкой методов реабилитации, составлением реабилитационных программ и оценкой эффективности.

Самостоятельная работа слушателей требует, прежде всего, отработки учебной и специальной литературы по списку, предлагаемому кафедрой. На практических занятиях, по ходу докладов слушателей о курируемых больных, преподаватель оценивает итоги самостоятельной работы. По нашему опыту значительно повышают эффективность обучения деловые игры, сценарий которых разрабатывается для каждого из этапов медицинской реабилитации. Деловые игры, как правило, проводятся в конце изучения учебного курса. В ходе обучения в каждом из циклов слушатели пишут рефераты по заданным темам с анализом проработанной литературы со ссылками на собственный опыт. По узловым темам проводятся семинары, на которых должна быть обеспечена, достаточно высокая активность слушателей в обсуждении вопросов.

На зачетах (экзаменах) нужно, во-первых, оценить освоение слушателем практических навыков в соответствии с имеющимся на кафедре перечнем. Во-вторых, оценить усвоение теоретического материала, что лучше всего производить по тестам, кроме того, по нашему опыту, мы полагаем целесообразным проводить итоговые конференции с заслушиванием рефератов и их обсуждением. Может быть рекомендована заочная часть циклов до прихода на кафедру. Для этого будущим слушателям предлагается определенный план, дается список рекомендованной литературы и предлагается обобщение имеющегося собственного опыта. Надлежащий уровень преподавания требует от кафедрального коллектива: постоянного изучения отечественной и зарубежной литературы; личного ознакомления с существующими реабилитационными центрами в стране и, желательно, за рубежом; проведения самостоятельных научных исследований; подготовки учебных пособий и методических рекомендаций; научно-методического руководства работой базовых клинических учреждений.

Обеспечение круга преподаваемых вопросов требует включения в преподавательский состав кафедры на штатной или хотя бы нештатной основе соответствующих специалистов (хирургов, неврологов, психиатров, физиотерапевтов, диетологов, и др.). Военная направленность МР и ее преподавания требует изучения особенностей восстановительного лечения в условиях военных действий, творческого освоения опыта Великой Отечественной войны, войны в Афганистане, антитеррористической операции в Чечне и проводимых учений, разработок в контакте с кафедрами организационного цикла. Кроме того, к этому направлению примыкает разработка программ МР военнослужащих спецконтингентов - летного состава, плавсостава, в том числе подводников, работников профессий, подвергающихся действию агрессивных факторов физической, химической, биологической природы.

Серьезного развития требует учебная база, как в основном, так и в дополнительных базовых учреждениях. Значительного пополнения и модернизации требует фонд наглядных пособий, в том числе стационарных (стенды, турникеты, выставки, витрины). Необходимо создание тематических классов, в том числе класса с компьютерами для программного обучения и контроля, значительное пополнение парка проекционной техники. Учитывая значение клинической подготовки как основы специализации и усовершенствования по проблемам МР, следует продолжать работу по совершенствованию клинической базы кафедры в клинике восстановительного лечения МУНКЦ им. П.В.Мандрыка и филиале № 2 «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского».

Усиление клинического преподавания требует от кафедры активизации ее участия в лечебном процессе базовых учреждений, усиления участия кафедры в постановке лечебно-диагностического процесса, повышения уровня клинической подготовки ординаторов и аспирантов. Сохраняя терапевтический профиль, как основу их клинической подготовки, следует всемерно расширять реабилитационную направленность, готовя их к работе в реабилитационных учреждениях и обеспечивая их распределение в эти учреждения по завершению подготовки.

В настоящее время в Вооруженных силах сложилась этапная система медицинской реабилитации. Она включает: госпитальный, амбулаторно-поликлинический, санаторный этапы. Каждый из них решает свою часть общей задачи реабилитации присущими каждому из них методами. Реабилитационные учреждения, объединяемые этапной системой, имеют общую стратегическую цель и действуют на основе общих принципов достижения этой цели при обеспечении индивидуализации программы для каждого больного и специфики осуществления программы исходя из реальных возможностей конкретных этапов реабилитации (тактика реабилитации).

В структуре медицинской службы ВС РФ необходимо возобновить деятельность постоянно действующего Научно-методического совета по медицинской реабилитации при начальнике ГВМУ МО РФ, должны быть отлажены функциональные связи между учреждениями и подразделениями, в задачи которых входит проведение реабилитационно-восстановительных мероприятий. В 1990 году был открыт и занял своё место 6 ЦВКГ. В ряде центральных военных госпиталей (МУНКЦ им. П.В.Мандрыка, ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского) и лечебно-профилактических учреждений видов ВС сформированы центры (отделения) медицинской реабилитации, существенно повысившие эффективность восстановительного лечения на госпитальном этапе.

Дальнейшее развитие системы МР в ВС РФ связано с формированием новых специализированных современных учреждений реабилитационного профиля. Так, 2 декабря 2013 года Министром обороны Российской Федерации подписан приказ № 859 о создании ФГБУ «Лечебно-реабилитационный клинический центр» Министерства обороны Российской Федерации - многопрофильного медицинского учреждения, оказывающего на современном уровне все виды медицинской помощи (первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую реабилитацию) в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. В состав Центра войдут структурные подразделения: поликлиника (бывший Медицинский центр Спецстроя России); филиал № 1 (бывший Центральный военный госпиталь Спецстроя России); филиал № 2 (бывший военный санаторий «Фрегат»).

Коллективом кафедр восстановительного лечения, ОМО ВС РФ, филиала № 2 3 ЦВКГ, НМЦ по организации санаторно - курортного лечения военнослужащих подготовлены обоснованные рекомендации по структуре системы реабилитационных учреждений в ВС РФ на мирное и военное время.

В процессе усовершенствования на всех кафедрах института руководящий и врачебный состав медицинской службы ВС должен проходить на кафедре восстановительного лечения краткий - 1-2 дневный курс лекций и практических занятий на базе филиала № 2 «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского», ЦВКС «Архангельское». В целях

углублённой подготовки слушателей, проходящих подготовку в институте по вопросам медицинской реабилитации, в учебные программы всех циклов, клинических ординаторов и адъюнктов института должны быть включены занятия на базе кафедры. В то же время необходимо расширить подготовку и усовершенствование специалистов по медицинской реабилитации в ВмедА им. С.М.Кирова.

Коллективом кафедры разработаны и изданы, утвержденные начальником ГВМУ МО РФ, методическое пособие «Медицинская реабилитация в ВС РФ» в 3-х частях, пособие по реабилитации специальных контингентов военнослужащих в частности летного состава, дежурных смен ракетных войск, плавсостава ВМФ, предусматривающая в частности усиление преемственности госпитального, санаторного поликлинического этапа медицинской реабилитации, обеспечение прямой и обратной связи санаториев с поликлиниками и врачебно-летными комиссиями, получение санаторием исчерпывающей информации о результатах обследования динамического наблюдения военнослужащих специальных контингетов.

В соответствии с «Концепцией развития высшего военно-медицинского образования ВС РФ», утвержденной Начальником ГВМУ МО РФ, дальнейшее совершенствование кафедры восстановительного лечения и преподавания МР и восстановительной медицины предусматривается осуществить в три этапа.

В ходе первого этапа в течение 2013-2014 г.г. подготовить условия для дальнейшего реформирования и развития преподавания МР и восстановительной медицины с этой целью:

- привести штатно-организационную структуру, материально-техническую и клиническую базу кафедры в соответствие с потребностями учебного процесса;
- проработать вопрос о изменении названия кафедры в соответствии с современными требованиями (кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения);
- предусмотреть повышение уровня подготовки выпускников при сохранении приоритета практической направленности обучения;
- подготовить необходимую учебно-методическую документацию для перехода на подготовку специалистов по учебным планам и программам, соответствующим государственному образовательному стандарту высшего медицинского образования;
- переработать основные учебно-методические материалы по лекциям, семинарским и практическим занятиям.

В ходе второго этапа (до 2015 г.) завершить формирование качественно новой системы преподавания МР и восстановительной медицины на кафедре и в этих целях:

- обеспечить переход на преподавание и подготовку специалистов по реабилитологии по новым программам и учебным планам;
- выпустить в свет новые руководства по медицинской реабилитации, систематически пополнять методические и учебные пособия по частным разделам дисциплины;
- расширить круг преподаваемых аспектов реабилитологии;
- довести уровень методики преподавания до современных требований к педагогическому процессу;
- продолжить формирование учебной и клинической базы кафедры.

При реализации третьего этапа (до 2017 г.) на основе полученных результатов предыдущих этапов:

- провести переподготовку профессорско-преподавательского состава с целью внедрения автоматизированного управления учебным процессом;
- обеспечить формирование системы преподавания МР и восстановительной медицины в системе военно-медицинского образования ВС РФ.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Юдин В.Е.[1], Белякин С.А.[2], Шкарупа О.Ф.[1]
[1]Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г.Москва
[2]ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, пос. Новый

В рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012г. № 2511-р, особую актуальность представляет разработка и внедрение новых организационных моделей медицинской реабилитации, в том числе за счёт совершенствования оказания реабилитационной помощи непосредственно после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, что особенно важно для больных после кардиохирургических вмешательств и коронарного шунтирования (КШ) в частности.

Анализ многолетнего опыта взаимодействия в системе «стационар – реабилитационный центр» выявил существующие проблемы организации медицинской реабилитации (МР) больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после коронарного шунтирования: отсутствие стандартов и длительные сроки стационарной реабилитации этой категории больных, обусловленные недостаточным междисциплинарным взаимодействием и преемственностью этапов.

Для повышения эффективности и качества реабилитации больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования в реабилитационном центре (РЦ) были разработаны организационная система управления качеством медицинской реабилитации, представленная пятью уровнями оценки деятельности врачей, с привлечением рабочей группы экспертов и комплексные программы реабилитации с применением госпитальных стандартов, предусматривающих контроль состояния больных в «реперных точках». В РЦ была также организована работа мультидисциплинарной команды в составе: кардиолог - лечащий врач, врач функциональной диагностики, врач лечебной физкультуры, физиотерапевт, психотерапевт и хирург, для взаимодействия со специалистами стационара по согласованию реабилитационных программ и сроков перевода больных после операции в РЦ и контроля состояния больных в «реперных точках».

С целью изучения результатов оптимизации реабилитации нами были обследованы 162 больных, поступивших в РЦ на 9-30 сутки после операции КШ. Все больные были

мужского пола, средний возраст которых составил 54,3±0,6 года. Методом простой рандомизации больные были разделены на основную (ОГ) и контрольную (КГ) группы. В КГ вошли 70 больных ИБС после КШ, реабилитация которых проводилась по общепринятой программе. Реабилитации 92 больных после КШ, вошедших в ОГ, проводилась в рамках разработанной клинико-организационной системы по программам, разработанным согласно госпитальных стандартов с применением комплексного контроля состояния больных в «реперных точках».

В результате реабилитации по обычной и оптимизированным программам у всех больных основной и контрольной групп произошло улучшение состояния, выразившееся в уменьшении приступов стенокардии, одышки при физических нагрузках, улучшение психо-эмоционального состояния, что подтверждается результатами объективного исследования.

По данным ЭхоКГ у больных повысилась сократительная способность миокарда, ФВ в ОГ повысилась с 52,4±1,04% до 58,5±1,12% ($p<0,05$), в КГ с 54,8±0,8% до 56,8±1,7% ($p<0,05$), повышение УО в ОГ также было более значимым с 66,0±2,0 мл до 77,4±2,3 мл ($p<0,05$) в сравнении с увеличением в КГ с 72,3±3,1 мл до 76,8±2,9 мл ($p>0,05$). По данным ВЭМ повысилась ТФН у больных ОГ с 66,9±2,3Вт до 96,3±2,8Вт ($p<0,001$), в КГ с 67,8±4,3 до 81,2±4,8Вт ($p<0,05$).

Оптимизация клинико-организационного подхода позволила сократить длительность реабилитации больных ИБС после КШ в стационаре с 22,2±1,5 до 14,8±0,3 суток, в РЦ с 21,9±0,8 до 16,7±0,3 ($p<0,001$) при лучших результатах медицинского обслуживания, удовлетворенность пациентов достигнутыми результатами повысилась с 60,0±2,9% до 94,2±1,2% ($p<0,001$), работой реабилитационного центра в целом с 71,2±2,8% до 84,6±1,3% ($p<0,001$).

Таким образом, предложенная клинико-организационная система медицинской реабилитации больных ИБС после КШ на позднем реабилитационном этапе позволяет усовершенствовать существующую организацию медицинской реабилитации этой категории больных при существенном повышении её качества и эффективности.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Русева С.В., Пономаренко Г.Н., Русев И.Т.
ФГБВУ ВПО «Военно-медицинская академия» МО РФ, г. Санкт-Петербург

Сложившееся в основных чертах понятие реабилитации не является результатом достижений лишь последних лет. Истоки ее некоторых теоретических положений прослеживаются в далеком прошлом как отечественной, так и зарубежной медицины, психологии, социологии.

В середине 20-го века ВОЗ (1967г) дала определение реабилитации. По определению ВОЗ реабилитация – это комплекс медицинских и социальных мероприятий, направленных на сохранение жизни, улучшения ее качества, восстановление трудоспособности и стабилизации состояния здоровья.

Реабилитация определяется как система государственных, медицинских социально-экономических, профессиональных и педагогических мероприятий. Учеными было предложено выработать точные термины и продолжить изучение этой проблемы. В резолюции IX Совещания министров здравоохранения стран Восточной Европы были в основном сформулированы принципы реабилитации; "1. раннее начало; 2. этапность; 3. преемственность; 4. комплексность; 5. дифференцированный и индивидуальный подход к хронически болеющему пациенту.

Во втором отчете Комитета экспертов ВОЗ по реабилитации 1969г. дается ее определение с акцентом на использование «остаточной работоспособности и хронически болеющего пациента». Одна из первых в мире кафедр и клиник реабилитации была основана в 1961г. в Польше.

В настоящее время ООН имеет специальную программу по реабилитации, которая осуществляется через ВОЗ, Международную организацию труда, ЮНЕСКО и детский фонд при ООН, Международное общество реабилитологов и национальные общества реабилитологов в отдельных странах мира. Только в Нью-Йорке издаются два интернациональных журнала по реабилитации. У нас в стране проводятся конференции как российского так и международного уровней по восстановительному лечению.

В системе реабилитации больных военнослужащих принято выделять следующие ее виды:

1) медицинскую реабилитацию, включающую различные методы медикаментозной терапии, физиотерапии, лечебное питание, санацию очагов хронической инфекции, хирургическую коррекцию патологических изменений и др. Особое значение имеет применение лечебной физкультуры в целях ускоренного и полноценного восстановления физической работоспособности. Это достигается ранней активизацией двигательного режима больных, назначением лечебной гимнастики с возрастающими нагрузками, а также проведением в отдаленные сроки заболевания продолжительных физических тренировок. Важную роль при этом играет трудотерапия;

2) психологическую реабилитацию, включающую мероприятия по своевременной профилактике и лечению психических нарушений, формированию у больных сознательного и активного участия в реабилитационном процессе; Ее значение определяется тем, что в сложном и многогранном процессе реабилитации принимают участие не только многие врачи-специалисты, больной, но и родственники пациента. Эффективность реабилитации и надежность ее результатов достигаются лишь в том случае, когда все ее участники сознательно относятся к проводимым мероприятиям.

3) военно-профессиональную реабилитацию, основными задачами которой являются восстановление профессиональных навыков или переобучение больных, решение вопросов их трудоустройства.

В зависимости от характера и особенностей течения заболеваний значение указанных видов реабилитации неодинаково как по объему, так и по содержанию форм и методов восстановительного лечения.

Из всего этого ясно, что реабилитация - многогранный процесс восстановления здоровья человека и реинтеграции его в трудовую и социальную жизнь. Лишь очень богатая страна может позволить себе увеличивать число инвалидов и социально зависимых лиц, и поэтому реабилитация является не роскошью или излишеством, а важной практической задачей здравоохранения. В «Докладе совещания ВОЗ» (Женева, 1973) подчеркивается, что целью лечения больного является не только сохранение его жизни, но и способности к независимому существованию. Отсюда следует целенаправленный характер всей системы реабилитации в интересах прежде всего самого больного, его близких и всего общества. В настоящее время реабилитация заняла прочное место среди ведущих медико-социальных направлений, разрабатываемых во всем мире. Научные исследования воздействия средств реабилитации отчетливо доказали, что при правильно разработанной ее программе к активной жизни можно возвращать 50% тяжелобольных.

НОВОЕ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Русева С.В., Пономаренко Г.Н., Русев И.Т.
ФГБВУ ВПО «Военно-медицинская академия» МО РФ, г.Санкт-Петербург

Реабилитации сейчас уже ни у кого не вызывает сомнений несмотря на различные суждения по некоторым теоретическим вопросам, а также её исключительная важность как концепции, включающей в себя не только профилактику, лечение, возвращение к нормальной жизнедеятельности, но и новый подход к больному человеку. На всех этапах реабилитационной программы предусматривается обращение к личности больного, сочетание биологических и психосоциальных форм лечебного восстановительного воздействия.

Необходимо учитывать весь комплекс изменений (морфологических, физиологических, психологических) и руководствоваться правилами, которые предусматривают:

- партнерство врача реабилитолога и пациента,
- определение реабилитационного потенциала больного, особенно его двигательных возможностей,
- разносторонность воздействий, т.е. учет всех сторон реабилитации для каждого больного,
- комплексность лечебно-восстановительных мероприятий,
- ступенчатость (переходность) проводимых воздействий (поэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного).

Определение реабилитационного потенциала больного является существенным моментом при подготовке программы и требует решения нескольких основных задач:

1. Выяснение характера двигательных нарушений и степени ограничения двигательной функции.

2. Определение возможности полного или частичного морфологического и функционального восстановления у больного поврежденного звена ОДА, либо нарушенной функции поврежденного органа или системы.

3. Дальнейший прогноз развития адаптационных и компенсаторных возможностей организма больного при данном заболевании.

4. Оценка физической работоспособности организма в целом и функциональной способности отдельных органов и систем.

К 25-ЛЕТИЮ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ФКУ «МУНКЦ им. П.В.МАНДРЫКА» МО РФ И ФИЛИАЛА № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. ВИШНЕВСКОГО» МО РФ

Щегольков А.М.
Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ

Кафедра восстановительного лечения основана Заслуженным деятелем науки РФ, доктором медицинских наук, профессором Л.М.Клячкиным в 1983 году как кафедра курортологии и физиотерапии военно-медицинского факультета при ЦОЛИУВ. Основной учебной, научной и клинической базой кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения (в н.в. восстановительного лечения) является 6 ЦВКГ – многопрофильный реабилитационный центр. С 1989 года кафедру возглавляли доктор медицинских наук, профессор В.В.Булавин (с 1989 по 1994 г.г.), затем доктор медицинских наук, профессор В.Н.Яковлев (с 1994 по 1995 г.г.).

С 1995 по настоящее время кафедру возглавляет Заслуженный врач РФ, академик РАЕН, доктор медицинских наук, профессор Щегольков А.М. За время расширились и укрепились связи с базовыми лечебными учреждениями МО, взят курс на изучение и разработку новой концепции развития системы медицинской реабилитации, проблем медико-профессиональной реабилитации в ВС РФ, изучение вопросов психофизиологической и медико-психологической реабилитации, активное внедрение в учебный процесс и научную работу ЭВМ, видео- и аудиотехники, расширение клинической учебной и научных баз с включением в их состав 6 ЦВКГ, 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского, ЦВКС «Архангельское», ЦВКС «Марфино». Введены новые циклы обучения. Плодотворное научно-практическое сотрудничество коллективов кафедры и базовых учреждений позволило поднять на новый, более высокий, уровень организацию учебной работы со слушателями, повысить качество лечебно-диагностической работы в базовых госпиталях и санаториях, активизировало научно-исследовательскую работу. Этому способствовало создание по инициативе кафедры Научно-методического Совета по медицинской реабилитации при начальнике ГВМУ МО РФ (1997 г.), регулярно проводимые научно-практические конференции, клинические разборы, лекции и практические занятия с врачами базовых учреждений, подготовка адъюнктов и клинических ординаторов, работа с внешними соискателями. На кафедре прошли

усовершенствование более 5000 врачей различных специальностей, подготовлены и направлены в различные лечебные учреждения 46 клинических ординаторов, после окончания адъюнктуры и ординатуры В.П.Ярошенко, В.В.Климко, Е.Б. Марочкина, С.Ю. Мандрыкин и А.А. Анучкин были назначены преподавателями кафедры. За истекший срок сотрудниками и внешними соискателями кафедры защищены 16 докторских и 42 кандидатских диссертации. Учёное звание профессор присуждено четырем, доцент – тринадцати сотрудникам кафедры. Почетное звание «Заслуженный врач РФ» присвоено начальнику кафедры А.М.Щеголькову, доценту Р.А. Дмуховскому, профессору В.П.Ярошенко и профессору А.Т.Неборскому, «Заслуженный деятель науки РФ» – профессору Л.М. Клячкину.

На кафедре проводится усовершенствование слушателей в 10 учебных циклах. Приоритетными направлениями научных исследований кафедры является изучение проблем медицинской реабилитации больных с патологией внутренних органов при травме, больных с заболеваниями органов дыхания, кровообращения, вопросов организации медицинской реабилитации в системе военного здравоохранения, психофизиологической и военно-профессиональной реабилитации военнослужащих.

Научно-исследовательская работа – одна из трех взаимосвязанных основ деятельности кафедры любого ВУЗа, что полностью относится и к кафедре восстановительного лечения. На кафедре сложилась собственная концепция преподавания медицинской реабилитации, курортологии и физиотерапии в ходе усовершенствования врачей разных специальностей. В основу концепции было положено клиническое направление. Вопросы применения физических методов лечения, как видов патогенетической терапии, стали увязываться с изучением клинических аспектов патологии, главным образом стадий ремиссии и реконвалесценции заболеваний и травм, которые являются основными объектами лечения и собственно реабилитации на курортах.

С 1994 года на кафедре широко применяется выездная форма обучения слушателей, за это время на 66 циклах усовершенствования прошли обучение более 2000 человек. Выездная форма обучения позволяет в короткие сроки не только получить знания по современным подходам и технологиям в восстановлении больных, но и сэкономить финансовые затраты для Минобороны России.

Л.М.Клячкиным и А.М.Щегольковым сделаны важные шаги по развитию реабилитологии как самостоятельного научного и практического направления медицины. Определено ее соотношение с медицинскими специальностями, для которых она является не надстройкой, но составной частью. Определено ее значение в отношении, как специализации, так и интеграции медицинских знаний. Установлено соотношение понятий реабилитации и восстановительной терапии, которые, как оказалось, во многом совпадают. Наряду с синдромно-патогенетическим принципом выбора метода реабилитации обоснован и второй – клинико-функциональный принцип. Опыт кафедры в преподавании и проведении реабилитации обобщен Л.М.Клячкиным и А.М.Щегольковым в руководстве для врачей «Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов» (2000 г.).

Профессорско-преподавательский состав кафедры подготовил 2 учебника по физиотерапии, монографию «Физические методы лечения в пульмонологии», получены 6 патентов на изобретения, подано 54 рационализаторских предложений.

Кафедра принимала деятельное участие во всех Национальных конгрессах по болезням органов дыхания. На 10-м конгрессе в 2000 г в Санкт-Петербурге профессор Л.М.Клячкин выступил с актовой лекцией о медицинской реабилитации легочных больных. С 1999 года ученые кафедры активно участвуют в работе конгрессов и съездов по восстановительной медицине, а начальник кафедры профессор А.М. Щегольков избран членом Правления Национальной ассоциации специалистов восстановительной медицины РФ. В 2008 г. за вклад в подготовке специалистов по восстановительной медицине коллектив кафедры награжден Дипломом Национальной ассоциации восстановительной медицины и почётным знаком «Хрустальный дельфин» в номинации «Подготовка специалистов в области восстановительной медицины и медицинской реабилитации».

Опыт кафедры по пульмонологической реабилитации обобщен в многочисленных журнальных статьях. Особое значение с позиций медицинской реабилитации и курортологии имела докторская диссертация А.М. Щегольковым об оптимизации этапной реабилитации больных пневмонией. Разработанные автором функциональная классификация пневмонии и дифференцированные реабилитационные программы являются высокоэффективными, обеспечивающими полноту выздоровления больных.

Принципиальные положения работ кафедры по реабилитации больных с заболеваниями легких и сердца были учтены и развиты в работе адъюнкта кафедры (ныне доктор медицинских наук, профессор) В.П.Ярошенко о реабилитации больных, перенесших пневмонию с учетом состояния кардиореспираторной системы, а затем и адъюнкта Е.Б. Марочкиной о медицинской реабилитации больных сочетанной кардиореспираторной патологией на госпитальном этапе.

Самостоятельным направлением работы кафедры было изучение реабилитации больных травматической болезнью (Л.М.Клячкин, В.П.Ярошенко, С.Н.Поправка). В докторской диссертации В.П. Ярошенко (2006) изучены частота, структура, механизмы и закономерности формирования висцеральной патологии, клинико-патогенетические особенности течения травматической болезни у раненых в функционально-восстановительном периоде. Разработаны, апробированы внедрены в практику информативные критерии диагностики внутренней патологии у раненых, дифференцированные программы этапной медицинской реабилитации раненых с патологией внутренних органов, изучена их эффективность. По результатам проведенных на кафедре исследований проблем травматической болезни у раненых в периоде реконвалесценции изданы монографии «Медицинская реабилитация раненых с висцеральной патологией на санаторном этапе» (2004) и «Медицинская реабилитация участников войны в Афганистане» (2005).

Важным научным направлением в работе кафедрального коллектива всегда являлось совершенствование системы санаторно-курортного обеспечения и лечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Под научным руководством профессорско-преподавательского состава кафедры исторические аспекты развития военной курортологии изучал О.И. Горшколепов (2003), влияние хронобальнеотерапии на больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца в условиях санатория исследовали А.В. Краснов (2005) и Б.Н. Емельянов (2005), клинические и биоритмологические аспекты реабилитации больных инфарктом миокарда изучены Б.Г. Худзиевым (2005). В научных работах П.В. Козырева (2006) показана сравнительная

эффективность санаторно-курортного лечения больных ишемической болезнью сердца с учетом динамики адаптационных реакций, в диссертации А.Х. Еникеева (2006) и М.Д. Дыбова (2007) изучены особенности реабилитации больных гипертонической болезни при хроническом психоэмоциональном напряжении.

Совершенствованию этапной медицинской реабилитации больных кардиохирургического профиля посвящены научные работы В.В. Климко (1998 - 2009), С.Ю. Мандрыкина (2005), А.А. Анучкина (2007) , Г.В. Гулеватого (2007). В 2007 г. коллективом авторов (В.Б.Аретинский, В.Ф.Астафьев, А.М.Щегольков, С.А.Белякин, А.А.Будко, А.В. Шакула, В.В.Климко) издана монография «Восстановительное лечение больных ишемической болезнью сердца после хирургической реваскуляризации миокарда», написанная по материалам многолетних исследований кафедры, 6 ЦВКГ и Областной специализированной больницы восстановительного лечения “Озеро Чусовское” города Екатеринбурга.

Под научным руководством профессорско-преподавательского состава кафедры совместно с врачами филиала № 2 3 ЦВКГ проводится ряд научных исследований по разработке программ медицинской реабилитации кардиохирургических больных с включением озонотерапии (В.В. Сычев), перенесших корригирующие операции по поводу пороков сердца (И.Е. Гузенко), перенесших операции на коронарных сосудах с одновременной коррекцией аневризмы сердца (Е.А. Павлова), физической реабилитации кардиохирургических больных (Т.В.Арсений, А.П.Русакевич, С.В.Калинина, О.Ф.Шкарупа, Н.В.Коршикова), с применением биоакустической психокоррекции в реабилитации больных инфарктом миокарда (Е.П.Пушкарев), бронхиальной астмой (Е.С.Косухин).

Результаты исследований и практического опыта кафедры реализуются в форме докторских и кандидатских диссертаций, монографий, пособий, журнальных статей, выступлений и докладов на научных конференциях. Они также используются в педагогической практике кафедры. Приоритетными направлениями научных исследований кафедры являются изучение вопросов организации медицинской реабилитации в системе военного здравоохранения, проблем медицинской реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания, кровообращения и военно-профессиональной реабилитации военнослужащих специальных контингентов. Коллектив кафедры принимал активное участие в разработке Межведомственной программы «Реабилитация военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы и сотрудников правоохранительных органов, пострадавших при выполнении задач в условиях боевых действий и при проведении контртеррористических операций» и Федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2006-2010 годы» с включенной в нее подпрограммой «Социальная поддержка и реабилитация инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы». По заданию ГВМУ МО РФ в 2005 году профессорско-преподавательским составом кафедры выполнена научно-исследовательская работа «Создание Всеармейского регистра инвалидов военной травмы, участников боевых действий Минобороны РФ».

Кафедра, в качестве головного учреждения, принимала активное участие в разработке стандартов медицинской реабилитации в военных лечебных учреждениях, представленных в трехтомном методическом пособии для врачей «Медицинская

реабилитация в Вооруженных Силах Российской Федерации» (2004г.), утвержденных Начальником ГВМУ МО РФ и раздела по реабилитации в Национальных руководствах «Военно-полевая терапия» (2007 г.), «Физиотерапия» (2009 г.).

В период с марта 2011 года по апрель 2012 года профессорско-преподавательский состав кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения, в основном работал в научно-методическом отделе базового клинического учреждения (филиал № 2 ФГКУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО РФ). Подготовил и издал ряд методических рекомендаций и учебно-методических пособий для специалистов ВС РФ по проблемам медицинской реабилитации раненых и больных, а также лиц специальных контингентов. После открытия кафедры восстановительного лечения, в апреле 2012 г., в число профессорско-преподавательского состава кафедры вошли опытные специалисты в области медицинской реабилитации, сотрудники филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО РФ – д.м.н., доцент Юдин В.Е., к.м.н., доцент Клячкина И.Л., д.м.н. Чурсина Т.В., к.м.н. Пушкарев Е.П., Косухин Е.С., сотрудники клиники восстановительного лечения МУНКЦ им. П.В.Мандрыка – Безруков А.С., к.м.н. Ступницкий А.А., Нигей И.Г.

25 - летний юбилей совместной работы с филиалом № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» коллектив кафедры встречает с чувством глубокой благодарности основателям и ветеранам кафедры, руководителям военно-медицинской службы и института, всем сотрудникам филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского», принявшим участие в ее создании и становлении, чувством удовлетворения от сделанного за эти годы и уверенности в выбранном направлении научно-педагогической деятельности. Кафедра совместно с коллективом филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» прочно занимает свое место в реабилитационном направлении медицинской науки и практики, системе подготовки и усовершенствования медицинских кадров в Вооруженных силах РФ и в стране.

НАУЧНЫЕ ШКОЛЫ КАФЕДРЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МУНКЦ ИМ. П.В.МАНДРЫКА МО РФ

Щегольков А.М.
Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ, г.Москва

За годы работы кафедры восстановительного лечения ИУВ МУНКЦ им. П.В.Мандрыка МО РФ с 1983 года были сформированы следующие научные школы:

Научная школа Заслуженного деятеля науки РФ, академика РАЕН, доктора медицинских наук, профессора, полковника медицинской службы в отставке Л.М.Клячкина.

Л.М.Клячкин являлся научным руководителем 10 докторских и 26 кандидатских диссертаций. Автор более 600 научных публикаций в т.ч. 17 монографий и 120 научных статей. Участник Великой отечественной войны, награжден орденами «Отечественной

войны II степени» и знак Почета, 20 медалями, серебряной медалью И.П.Павлова за вклад в развитие медицины и здравоохранения, Звездой Вернадского I ст, почетным знаком «Ветеран ГИУВ МО РФ».

С 1983 по 1989 гг. руководил созданной им кафедрой курортологии и физиотерапии Военно-медицинского факультета при ЦОЛИУВ. Ранее с 1964 по 1983 гг. руководил основанной им кафедрой госпитальной и военно-полевой терапии Военно-медицинского факультета при Саратовском медицинском институте. Направлениями работы кафедры были изучение реабилитации больных травматической болезнью, вопросов курортологии, физиотерапии, педагогики высшей школы. Работы по этим проблемам были начаты профессором Л.М.Клячкиным в период его работы в центре термических поражений ВМА им. С.М.Кирова, в его кандидатской и докторской диссертациях а затем продолжены на кафедре военно-полевой терапии. Под научным руководством профессора Л.М. Клячкина в 6 ЦВКГ, Пятигорском ЦВС, 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневского проводилось изучение клиники периода реконвалесценции травматической болезни у раненых и этапной реабилитации раненых с висцеральной патологией, частоты, структуры, механизмов и закономерностей формирования висцеральной патологии, клинико-патогенетических особенностей течения травматической болезни у раненых в функционально-восстановительном периоде. Разработаны, апробированы внедрены в практику информативные критерии диагностики внутренней патологии у раненых, дифференцированные программы этапной медицинской реабилитации раненых с патологией внутренних органов, изучена их эффективность. Вторым направлением научной школы профессора Л.М.Клячкина была разработка проблем медицинской реабилитации больных с бронхолегочной патологией. Под его научным руководством вышли докторские диссертации последующих руководителей кафедры профессоров Булавина В.В., Яковлева В.Н., Щеголькова А.М. и ряд кандидатских диссертаций, результаты исследования которых легли в основу кафедральных материалов по медицинской реабилитации раненых и больных с заболеваниями внутренних органов.

Научная школа заведующего кафедрой восстановительного лечения, Заслуженного врача РФ, академика РАЕН, доктора медицинских наук, профессора, полковника медицинской службы в отставке А.М. Щеголькова, ученика и продолжателя школы Л.М.Клячкина.

Под научным руководством профессора А.М. Щеголькова защищено 5 докторских, 22 кандидатских диссертации и выполняются 4 докторских и 5 кандидатских диссертаций. Член правления Ассоциации специалистов восстановительной медицины РФ, член редакционных коллегий журналов «Вестник восстановительной медицины», «Физиотерапия, бальнеология, реабилитация», «Медицинская реабилитация». Автор и соавтор более 850 научных и учебно-методических работ, в т.ч. 18 монографий, ряда руководств для врачей, национальных руководств по физиотерапии и военно-полевой терапии, 56 учебных пособий и методических рекомендаций, 138 статей в центральных научных журналах, 3-х патентов РФ на изобретение и 42 рационализаторских предложений. Награжден орденом «Почета», 16 государственными и ведомственными медалями, серебряной медалью И.П.Павлова за вклад в развитие медицины и здравоохранения, почетной серебряной медалью В.И.Вернадского за высокие научные достижения и большой вклад в развитие России, дипломом и почетным знаком РАЕН за

развитие науки и экономики России, почетным знаком «Ветеран ГИУВ МО РФ». С 1995 по н.в. возглавляет кафедру, Главный специалист по медицинской реабилитации МО РФ (1997-2010 гг.).

На кафедре возглавляемой А.М.Щегольковым прошли усовершенствование более 5000 врачей различных специальностей, подготовлены и направлены в различные лечебные учреждения более 46 клинических ординаторов. После окончания адъюнктуры и ординатуры В.П.Ярошенко (в н.в. - д.м.н., профессор), В.В.Климко(в н.в. - д.м.н., доцент), Е.Б. Марочкина(в н.в. - к.м.н., доцент), С.Ю. Мандрыкин (в н.в. - к.м.н.) и А.А. Анучкин(в н.в. - к.м.н.) были назначены преподавателями кафедры. За истекший срок сотрудниками и внешними соискателями кафедры защищены 16 докторских и 42 кандидатских диссертации. Учёное звание профессор присуждено пяти, доцент – тринадцати сотрудникам кафедры. Почетное звание «Заслуженный врач РФ» присвоено начальнику кафедры А.М.Щеголькову, доценту Р.А. Дмуховскому и профессору А.Т.Неборскому, «Заслуженный деятель науки РФ» – профессору Л.М.Клячкину. А.М.Щегольков соавтор Руководства для врачей по медицинской реабилитации больных с заболеваниями внутренних органов (2000 г.), подготовленного совместно с профессором Л.М.Клячкиным, монографии «Физические методы лечения в пульмонологии» (1997 г.).

Приоритетными направлениями научных исследований кафедры возглавляемой А.М.Щегольковым является изучение проблем медицинской реабилитации больных с патологией внутренних органов при травме, больных с заболеваниями органов дыхания, кровообращения, вопросов организации медицинской реабилитации в системе военного здравоохранения, психофизиологической и военно-профессиональной реабилитации военнослужащих. По результатам проведенных на кафедре исследований проблем травматической болезни у раненых в периоде реконвалесценции изданы монографии «Медицинская реабилитация раненых с висцеральной патологией на санаторном этапе» (2004) и «Медицинская реабилитация участников войны в Афганистане» (2005). На кафедре разработана концепция преподавания медицинской реабилитации, курортологии и физиотерапии в ходе усовершенствования врачей разных специальностей.

Профессор А.М. Щегольков принимал активное участие в разработке Межведомственной программы «Реабилитация военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы и сотрудников правоохранительных органов, пострадавших при выполнении задач в условиях боевых действий и при проведении контртеррористических операций» и Федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2006-2010 годы» с включенной в нее подпрограммой «Социальная поддержка и реабилитация инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы». Участвовал в разработке стандартов медицинской реабилитации в военных лечебных учреждениях, представленных в трехтомном методическом пособии для врачей «Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах Российской Федерации» (2004 г.), утвержденных Начальником ГВМУ МО РФ, написании разделов по реабилитации в Национальном руководстве «Военно-полевая терапия» (2007 г.) и Национальном руководстве «Физиотерапия» (2009 г.).

Научная школа Заслуженного врача РФ и Абхазии, доктора медицинских наук, профессора, полковника медицинской службы в отставке А.Т.Неборского, руководителя

направления традиционных методов лечения, доцента кафедры восстановительного лечения.

Под его научным руководством защищено 2 докторских и 3 кандидатских диссертации. А.Т.Неборский, является президентом Московского профессионального объединения мануальных терапевтов и вице-президентом Российской ассоциации мануальных терапевтов, вице-президентом Российской ассоциации рефлексотерапевтов и регистра остеопатов России, членом редакционных коллегий 4 медицинских журналов, председателем совета редакционной коллегии Российского остеопатического журнала, автором 2 патентов РФ на изобретения. Награжден 12 государственными и ведомственными медалями, золотой медалью выставочного комплекса ВДНХ, почетной грамотой министра здравоохранения и социального развития РФ, почетным знаком «Ветеран ГИУВ МО РФ».

Научная школа начальника филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО РФ, Заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук, доцента, полковника медицинской службы запаса Юдина В.Е., профессора кафедры восстановительного лечения.

Тема докторской диссертации (2011 г.): «Система комплексного и диффиренцированного применения технологий восстановительной медицины в реабилитации специалистов опасных профессий на позднем госпитальном этапе». С 2010 года В.Е.Юдин Главный специалист МО РФ по медицинской реабилитации. В своей работе особое внимание уделяет вопросам организации медицинской реабилитации военных специалистов, раненых и больных, последипломной подготовке военно-медицинских кадров. Под его руководством защищены 2 и выполняются 4 диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. В.Е. Юдин автор более 150 научных работ. Из них в 5 методических рекомендаций, в т.ч. «Медико-психологическое обеспечение функциональной надежности военнослужащих специальных подразделений» и 14 учебно-методических пособий. Награжден орденом «Почета», 15 государственными и ведомственными медалями.

Научная школа заместителя начальника филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО РФ по КЭР, Заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук, профессора, полковника медицинской службы запаса Ярошенко В.П.

В.П. Ярошенко – первый выпускник адьюнктуры кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения Военно-медицинского факультета при ЦОЛИУВ. Его докторская диссертация (2006 г.) посвящена вопросам восстановительного лечения раненых с висцеральной патологией в вооруженных локальных конфликтах. Основные усилия своей научной деятельности направляет на изучение и разработку организационных и клинических вопросов медицинской и медико-профессиональной реабилитации. Под его научным руководством защищены 6 и выполняются 2 кандидатские диссертации. Автор более 200 научных работ, из них 5-ти монографий и 22 учебно-методических пособий. Участвовал в разработке стандартов медицинской реабилитации в военных лечебных учреждениях, представленных в трехтомном методическом пособии для врачей «Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах Российской Федерации» (2004 г.), утвержденных Начальником ГВМУ МО РФ, написании разделов по реабилитации в Национальном руководстве «Военно-полевая терапия» (2007

г.). Лауреат премии Министра обороны РФ в области военно-медицинского образования за 2008 год. Награжден 7-ю медалями и почетным знаком «Ветеран ГИУВ МО РФ».

Научная школа профессора кафедры восстановительного лечения, доктора медицинских наук, доцента, полковника медицинской службы запаса В.В.Климко.

В.В. Климко выпускник адьюнктуры кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения ГИУВ МО РФ. Его докторская диссертация (2009 г.) посвящена оптимизации этапной медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование. Основные направления научной деятельности – разработка вопросов медицинской реабилитации больных кардиологического профиля. Под его научным руководством защищены 2 и выполняются 2 кандидатские диссертации. Член Московского регионального Совета профессионального объеденения специалистов мануальной терапии. Участвовал в разработке стандартов медицинской реабилитации в военных лечебных учреждениях, представленных в трехтомном методическом пособии для врачей «Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах Российской Федерации» (2004 г.), утвержденных Начальником ГВМУ МО РФ. Автор более 200 научных работ, из них 3-х монографий и 22 учебно-методических пособий. Награжден 8-ю медалями и почетным знаком «Ветеран ГИУВ МО РФ».

ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕЗИСЫ

ЭРГОТЕРАПИЯ – НЕОБХОДИМАЯ ЧАСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Абусева Г.Р.[1], Пирогова С.В.[2], Лапотников А.В.[3]
[1]*ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова» МО РФ, г.Санкт-Петербург*
[2]*ГБОУ ВПО СЗГМУ имени И.И. Мечникова, г.Санкт-Петербург*
[3]*ЧОУ ВПО СПбМСИ (Санкт-Петербугский Медико-социальный институт), г.Санкт-Петербург*

В последнее время лечение любой патологии рассматривается с точки зрения реабилитационного процесса, который должен начинаться уже на догоспитальном этапе и представлять собой комплекс мероприятий по скорейшему возвращению пациента в социальное общество и к своей трудовой деятельности. Для достижения этой цели помимо физических упражнений, физиотерапевтических методов, а так же психокоррекции, в реабилитационный процесс необходимо включать эрготерапию.

Эрготерапия (лат. *ergon* – труд, занятие, греч. *Therapeia* – лечение) или Occupational Therapy (*occupation* (англ.) - занятие; син. – трудотерапия или терапия какой-либо деятельностью, занятием) – использование целенаправленной деятельности с целью улучшения или восстановления функциональных возможностей (двигательных, эмоциональных, когнитивных и психических) пациентов с ограниченными возможностями. Процесс реабилитации предусматривает взаимодействие эрготерапевта с другими специалистами реабилитационного отделения по разработке реабилитационной программы с целью восстановления временно утраченных функций пациента или с целью адаптации пациента к новым условиям жизни и/или труда в результате полностью утраченных функций. Усилия специалистов реабилитационного отделения (врача ЛФК, физиотерапевта, психолога, социального педагога, логопеда, эрготерапевта) направлены на максимальное восстановление способности пациента к самообслуживанию, трудовой деятельности, общению, отдыху и т.д. Важная роль в достижении этой цели, а именно приобретении пациентом максимально возможной самостоятельности, принадлежит эрготерапии.

Существует несколько направлений эрготерапии – неврологическая патология, травматология, психические заболевания, онкология, заболевания, приводящие к деформации опорно-двигательного аппарата, врожденная патология нервной и костно-мышечной системы и др. Программы эрготерапии разрабатываются специалистами индивидуально в зависимости от вида и степени выраженности патологии. В частности, в неврологической практике эрготерапевты чаще всего имеют дело с последствиями инсульта – парезами, параличами, нарушениями речи. Их основная задача на начальном этапе восстановительного лечения - обучение навыкам самообслуживания (умению одеть

себя, провести гигиенические процедуры), самостоятельному вставанию с постели, держать баланс. В дальнейшем пациенты обучаются навыкам передвижения, приготовления пищи, ремонта одежды (пришивание пуговиц и т.д.), умению пользоваться шнуровкой, различными видами застежек и т.д., т.е. навыкам бытового самообслуживания. Примерно по такой же схеме проходит обучение пациентов травматологического профиля, особенно с ампутированными конечностями.

У пациентов неврологической и травматологической патологией эрготерапия начинается на стационарном этапе. Для проведения занятий в соответствующих отделениях имеются учебные помещения, в которых воссоздается обстановка кухни, туалета, ванной комнаты, где больные обучаются бытовым навыкам, а также специализированные трудовые мастерские в реабилитационных подразделениях, имеющие универсальный комплекс (PrimusRS и др.) с большим количеством адаптеров и насадок, симулирующих различные профессиональные и бытовые движения. Занятия могут проходить как в индивидуальной форме (обучение навыкам вставания, удержания равновесия, умение одеть себя и т.д.), так и в группе (различные игры, творческие задания – вязание, лепка, пение). Продолжительность занятий, проводимых ежедневно или через день, составляет 20 – 40 мин. Готовя пациента к выписке из стационара, эрготерапевт должен быть уверен, что больной сможет обслуживать себя дома. Для этого необходимо выяснить условия проживания пациента и внести необходимые изменения в окружающую обстановку. С этой целью эрготерапевт выезжает к пациенту и выясняет, сможет ли больной обслуживать себя в домашних условиях. При необходимости специалист рекомендует установить дополнительные поручни в туалете, ванной комнате, коридоре, убрать пороги, где-то переставить мебель и т.д. После выписки из стационара пациенты находятся под наблюдением эрготерапевта реабилитационного отделения амбулаторно. По такой схеме работают специалисты зарубежных стран.

Иная программа разрабатывается для пациентов, страдающих нарушениями когнитивной функции (болезнь Дауна, умственная отсталость, болезнь Альцгеймера и др.). Пациенты не могут запомнить названия, но вполне запоминают цвета, геометрические фигуры, поэтому для их обучения используют тот же принцип, что и для маленьких детей – используют различные напоминания, обозначения предметов. В процессе обучения у таких больных вырабатывается определенный алгоритм поведения, благодаря которому достигается главная цель – пациенты в состоянии себя обслуживать, а некоторые и в состоянии выполнять определенную работу. Многие пациенты болезнью Дауна работают, при этом они самостоятельно добираются до места работы. Некоторые из них имеют различные хобби (театр, вокальная, художественная студия и т.д.), т.е. являются полноценными членами общества.

Во многих странах ввиду приоритета социальной модели реабилитации эрготерапия выделена в самостоятельный раздел реабилитации, где заняты специально обученные специалисты – эрготерапевты. Подготовку такие специалисты проходят по четырехгодичной программе бакалавриата, как правило, в университетских клиниках. Следующий этап обучения – магистратура.

В нашей стране эта специальность развивается на протяжении более десяти лет. В настоящее время эрготерапия включена в программу обучения студентов медицинских высших учебных заведений по дисциплине «медицинская реабилитация».

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСЕЛЕКТИВНОЙ ХРОМОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Абусева Г.Р., Карпова Т.Н.
ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова», г.Санкт-Петербург

Свет применялся людьми для лечения с древнейших времен. Энергия солнечного света лежит в основе жизненного цикла всего живого на Земле, и поэтому она более всего подходит для укрепления здоровья и поддержания всех процессов в организме.

Сегодня уже доказано, что свет преобразуется в нашем организме в электрохимическую энергию, которая активизирует цепь биохимических реакций в клетке и стимулирует обменные процессы. Кроме того, положительное влияние света на психологический статус человека и его настроение известно уже во всем мире. Так, в странах Западной Европы, Америке (США и Канада) и Азии (Япония и Южная Корея) доказана эффективность применения яркого белого света в лечении сезонного аффективного расстройства (Rosenthal 1984, Privitera MR, Moynihan J 2010, Ведро G, Huf W, Pjrek E 2011 и др.). Этот метод является практическим руководством и рассматривается как основная форма лечения данной патологии. Также имеется достаточно много работ по эффективности применения яркого белого света и при несезонной депрессии (Даже С, СМ Шредер 2008, Suda H, Takeshiлma M 2013, Niederhofer H, von Klitzing K 2011 и др.), большом депрессивном расстройстве (Martiny K, Refsgaard E, Lund V 2012 и др.), биполярном расстройстве (Gottlieb JF, Terman M 2012 и др.), детской и подростковой депрессии, дородовой депрессии, расстройствах пищевого поведения (Krysta K, Krzystanek M 2012) и послеродовой депрессии (Кроули SK , Youngstedt SD 2012). Следует отметить и положительное влияние яркого белого света в лечении нарушений процессов засыпания (синдром задержки фазы сна) и сдвигов в циркадных ритмах (Шульц Р , Т Steimer 2009, Zee PC, Attarian H 2013, Crowley SJ, Eastman CI. 2013, Corbett RW, Middleton B 2012 и др.), в том числе у лиц со сменным графиком работы и при смене часовых поясов (Doljansky JT, Kannety H 2005, Thorpy MJ 2010). Так как неселективная хромотерапия эффективна у больных с различными видами депрессии, можно предположить, что она эффективна и у пациентов с заболеваниями и последствиями травм опорно-двигательного аппарата. У таких пациентов, как правило, депрессия развивается на фоне постиммобилизационного, болевого синдрома, синдрома нарушения костного

ремоделирования (замедленная консолидация, остеопороз) и дефицита движения в суставах. Применение неселективной хромотерапии у таких пациентов основано на механизме действия яркого белого света (BLT, bright light therapy) на центральную нервную систему.

Информация о свете по аксонам нейронов ганглия сетчатки глаза передается к супрахиазматическими ядрами (СХЯ) гипоталамуса через ретиногипоталамический путь, являющийся частью зрительного тракта. Воздействие белым светом приводит к активации светочувствительных супрахиазматических ядер гипоталамуса, что в свою очередь ведет к повышению синтеза тропных гормонов гипофиза (соматотропного гормона, меланотропина, кортикотропина и пролактина). Меланотропин угнетает серотонинергические и активирует адренергические нейроны ствола мозга, в результате чего восстанавливается соотношение серотонина и адреналина Кроме того, фототерапия ослабляет влияние м-хлорофенилпиперазина на выброс кортизола и пролактина. Таким образом, указанные механизмы действия BLT соответствуют некоторым звеньям патогенеза, что объясняет лечебные эффекты неселективной хромотерапии -психостимулирующий и антидепрессивный. Этот метод удобно применять у пациентов с посттравматическими, постиммобилизационными, рубцовыми контрактурами на групповых занятиях лечебной физкультурой.

Так же положительные результаты применения яркого белого света были получены зарубежными исследователями в лечении следующих заболеваний:

- профилактика нарушений биологических ритмов и улучшение настроения у пациенток раком груди, находящихся на химиотерапии (Jeste N, Liu L, Rissling M 2012);

- нормализация биологических ритмов у пожилых пациентов с онкологической патологией (Focan C, Warzée E 2012);

- более эффективное снижение веса у больных ожирением, занимающихся физическими упражнениями (Новак М, Chung SA 2007).

Последнее положение является основой для применения неселективной хромотерапии у пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, в частности с остеоартрозом коленного, тазобедренного и голеностопного суставов. В последних рекомендациях EULAR и OARSI по немедикаментозному лечению остеоартрозов доказанными методами являются физические упражнения и снижение веса. В связи с этим, применение неселективной хромотерапии на занятиях ЛФК в группе пациентов с остеоартрозами было бы патогенетически обосновано.

Вышеизложенные положения об эффективности применения яркого белого света свидетельствуют о широте и универсальности действия света на организм. В то же время, несмотря на выдвинутые гипотезы, механизм действия данного метода, по-прежнему, остается неопределенным. Так как механизмы этого воздействия изучены мало, необходимо дальнейшее проведение научных исследований с целью наиболее полного раскрытия физиологических механизмов действия видимого света.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ

КАК РЕГЕНЕРАТИВНОГО МЕТОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗАМИ

Абусева Г.Р., Ковлен Д.В.
ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова», г.Санкт-Петербург

Регенеративная терапия является одним из наиболее сложных и интригующих направлений современной медицины. Основные исследования показали эффективность экстракорпоральных ударных волн (ESWT) в стимулировании биологических видов деятельности, происходящих внутри клетки и в клетках-мишенях. Эти взаимодействия были выявлены на основе текущих клинических исследований, и открывают горизонты для новых приложений в регенерации тканей. Возможно также, что ударные волны могут быть использованы для лечения различных ортопедических патологий, устраняя необходимость в операции. Однако подходящие трансляционные исследования должны быть выполнены, прежде чем ESWT может стать реальной альтернативой хирургии. (2013 C. Каргер AG, Базель).

В исследованиях Romeo P, Lavanga V, Pagani D, Sansone V была продемонстрирована роль экстракорпоральной ударно - волновой терапии (ЭУВТ) в возникновении ангиогенного эффекта на ишемическую ткань. Исследователи предполагают, что ЭУВТ оказывает на proangiogenesis эффект в зависимости от плотности потока энергии на клетки-мишени. Когда клетки были обработаны высокой энергией (0,16 мДж/мм) ударной волны, большинство значений цитокинов снизилось за исключением апоптотических факторов и фактора роста фибробластов 2, т.е. факторов приводящих клетку к апоптозу. Отношение Ang-1/Ang-2 достигли своих пиковых значений, когда клетки обрабатывали ESWT с интенсивностью в пределах от 0.10-0.13 мДж / мм (2) и числом ударов в диапазоне от 200-300 импульсов.

Существует взаимосвязь доза-эффект при применении ESWT. Интенсивность от 0.10-0.13 мДж / мм и число ударов в диапазоне от 200-300 импульсов были оптимальными параметрами ESWT для лечения клеток в пробирке.

Zhang X, Yan X, Wang C, Tang T, Chai Y. провели исследование, целью которого было изучение влияния ESWT на ОА у кролика для предотвращения и замедления дегенерации хряща. Было установлено, что экстракорпоральная ударно - волновая терапия (ЭУВТ) улучшила двигательную дисфункцию и уменьшила боль у животных с ОА.

ESWT уменьшает прогрессирование ОА у кроликов. Этот эффект может быть связан с пониженным уровнем NO и, скорее всего, опосредованным снижением апоптоза хондроцитов. ЭУВТ может быть полезным для лечения ОА коленного сустава.

Последние исследования (Zhao Z, Ji H, Jing R, Liu C, Wang M, Zhai L, Bai X, Xing G) показали, что экстракорпоральная ударно-волновая терапия (ЭУВТ) влияет на восстановление хряща и ведет к регрессии остеоартрита коленного сустава у крыс. В этих исследованиях в контрольной группе было проведено рассечение передней крестообразной связки (ACLT), но она не получила ЭУВТ. В другой группе было проведено ACLT и процедуры ЭУВТ через 1 неделю после операции. Для определения эффектов ЭУВТ были исследованы фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), костный морфогенетический-2 (БМП-2), коллаген II, остеокальцин, балла Манкин и Сафранин О

пятна. Группа ACLT + ESWT показала значительное снижение балла Манкин и Сафранин О пятна, увеличение коллагена II в суставном хряще и значительное увеличение VEGF, БМП-2 и остеокальцина в субхондральной кости по сравнению с контрольной группой. Изменения в группе ACLT + ESWT выявило корреляцию с временем проведения курсов лечения; наиболее благоприятные эффекты были замечены через 4 недели после ESWT. Экстракорпоральная ударно-волновая терапия является эффективным в предотвращении остеоартрита коленного сустава у крыс. Благотворное влияние ESWT зависит от времени и наилучший результат проявляется через 4 недели после лечения.

Wang CJ, Sun YC, Wong T, Hsu SL, Chou WY, Chang HW так же провели исследование о влиянии экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) на субхондральную кость и суставной хрящ при инициированном остеоартрите коленного сустава у крыс. При перерезке передней крестообразной связки (ACLT) был смоделирован остеоартрит (ОА) коленного сустава. Двадцать семь самцов крыс Sprague-Dawley были разделены на три группы. Контрольная группа перенесла фиктивную операцию без ACLT и не получила ЭУВТ. Группа ACLT прошла ACLT, но не получила ЭУВТ. ACLT плюс ESWT группа перенесла ACLT и получила ESWT сразу после операции. В оценку были включены следующие параметры: рентгенограмма, минеральная плотность костной ткани, сывороточные уровни хряща oligometric белка, остеокальцин, мочевая концентрация С-телопептида типа II коллагена (CTX-II) и гистоморфологические обследование. В 12 недель ОА коленного сустава был рентгенологически подтвержден в группе ACLT, и очень тонкие изменения были замечены в контроле и ACLT плюс ESWT групп. Группа ACLT показала значительное увеличение деградации суставного хряща и апоптоза хондроцитов по сравнению с контролем и ACLT плюс ESWT групп. ACLT плюс ESWT группа продемонстрировала значительное снижение деградации хряща и увеличение хондроцитов деятельности, сопоставимый с контролем. В субхондральной кости, группа ACLT показали значительное уменьшение костного ремоделирования по сравнению с контролем и ACLT плюс ESWT групп. ACLT плюс ESWT группа показала значительное улучшение костной реконструкции в сравнении с контрольной группой. Экстракорпоральная ударно-волновая терапия оказывает на хрящ положительный эффект, связанный с улучшением ремоделирования субхондральной костной ткани на начальной стадии смоделированного О.А. коленного сустава у крыс.

Таким образом, действие ударной волны на ткани выражается в стимуляции восстановительных процессов, обновлении клеток, улучшении метаболических процессов. Следует отметить, что воздействие радиальной ударной волной более мягкое, чем сфокусированной, а значит менее болезненное. В связи с этим, для пациентов с остеоартрозом коленного сустава наиболее благоприятным воздействием следовало бы считать действие радиальной УВТ. Учитывая, что метод УВТ, в том числе и радиальной, приобретает все большую популярность в лечении различной патологии опорно-двигательного аппарата, необходимы дальнейшие исследования по выявлению механизмов воздействия данного метода.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕФЛЕКСОДИАГОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕТНОГО СОСТАВА

Азарова Е.К.[1], Игнатенко Н.Е.[2], Шакула А.В.[2], Стариков С.М.[3], Чунтул А.В.[2]
[1]Филиал № 2 ФГБУ«3 ЦВКГ им. А. А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
[2]ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва
[3]Институт усовершенствования врачей ФКУ «МУНКЦ им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, г. Москва

Анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной исследованиям электропроводимости акупунтурных точек кожи, указывает на возможность использования этого метода для оценки функционального состояния организма.

Для экспресс - диагностики функционального состояния организма используется методика электроакупунктурной диагностики по Накатани. Метод Накатани заключается в замерах сопротивления кожи при прохождении электрического тока в реактивных электропроницаемых точках - REPP. По теории Накатани, меридианы (по-японски – riodoraku) в зависимости от повышения или понижения уровня электропроводности можно отнести к патологическим или физиологическим.

По результатам измерений рассчитывается среднее значение по 24 репрезентативным точкам. Согласно riodoraku- карте рассчитываются и графически отображаются физиологические границы, выход замера за которые указывает на патологический характер меридиана.

Экспресс – оценке функционального состояния организма подверглись 38 чел. летного состава и 38 чел. технического состава вертолетного полка. Парциальная недостаточность здоровья имелась у 27 чел. первой группы и 15 чел. второй группы соответственно. Измерения производились в расположении полка в мае 1999 г. (для регистрации электрокожного сопротивления использовался прибор «Агнис-02.BAT») и обрабатывались с помощью разработанного в 6 ЦВКГ программного пакета EDN.

Для двух усредненных категорий обследуемых характерно максимальное отклонение от нормы меридиана почек, что характеризует состояние симпатоадреналовой системы. Данные показания хорошо коррелируют с диагнозом «астено-невротическое состояние». Состояние меридиана тонкой кишки подтверждается диагнозом «язвенная болезнь». Эти патологии, весьма характерные для данной категории обследуемых, подтверждены диагнозами, выставленными ранее. Это дает возможность раннего выявления и лечения различных заболеваний. Данная методика позволяет проводить сравнение состояния организма категорий лиц, различающихся, например, по возрасту и количеству часов налета.

Введение методики электроакупунктурной диагностики по Накатани в повседневную практику обследования позволит осуществлять донозологическую экспресс-оценку функционального состояния организма военнослужащего, не требующего длительного времени и сложной аппаратуры, а также не оказывает неблагоприятного воздействия на организм обследуемого. Реализация этого метода дает ускорение анализа данных, что приводит, с одной стороны, к улучшению качества

диагностики и лечения, и с другой стороны, к ускорению обслуживания, что немаловажно с точки зрения экономической целесообразности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА КСЕОМИН ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЗИРОВАННОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА ARMEO

Аннушкин А.Д., Евстафьев С.К., Жезлов М.А., Брагина Е.В.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Аннотация. Основной задачей реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения с развитием парезов конечностей, является восстановление способности к самообслуживанию. Как правило, опорная функция нижней конечности сохраняется за счет повышения тонуса мышц-разгибателей по пирамидному типу, тогда как гипертонус мышц-сгибателей верхней конечности способствует утрате ее локомоторной и координаторной функций. Пациенты, перенесшие инсульт, проходят курс восстановительного лечения с использованием роботизированного реабилитационного комплекса Armeo. Однако, спастический гипертонус мышц-сгибателей верхней конечности препятствует решению поставленных задач во время занятий на аппарате Armeo. В филиале №2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России данной группе пациентов выполняются инъекции препарата ботулинического токсина типа А (Ксеомин) в мышцы, отвечающие за формирование патологического положения конечности.

Ежегодно, в мире инсульт диагностируется более, чем у 6 миллионов человек, в России – более, чем у 450 тысяч. Из них 70,8% нуждаются в полноценном, комплексном реабилитационном лечении, вследствие потери трудоспособности, вплоть до утраты бытовых навыков. В реабилитации данной группы пациентов, особое положение занимает проблема восстановления функции верхней конечности, что связано с особенностями строения пирамидного тракта, а также с тем, что в процессе вертикализации пациента активируются остаточные функциональные возможности нижней конечности, тогда как для активации остаточных функциональных возможностей верхней конечности необходимы целенаправленные упражнения. Зачастую, за счет повышения тонуса мышц-сгибателей верхней конечности по пирамидному типу, кинезотерапия верхней конечности с использованием роботизированного реабилитационного комплекса Armeo затруднена или даже невозможна. С целью расслабления мышц паретичной верхней конечности целесообразно применение внутримышечных инъекций препарата ботулинического токсина типа А - Ксеомин.

Целью настоящего исследования являлось повышение эффективности реабилитационного лечения с использованием роботизированного реабилитационного комплекса Armeo и внутримышечных инъекций препарата Ксеомин.

Исследование проводилось на базе психоневрологического центра филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России. В исследование вошли 27 пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения с формированием спастического гемипареза. Пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по основным показателям. В основную группу вошли 13 пациентов, у которых мышечная сила верхней конечности была снижена до 2-3 баллов, и повышением тонуса мышц-сгибателей до 3-4 баллов по шкале Ашворта. Данной группе пациентов, в дополнение к стандартной медикаментозной терапии выполнялись инъекции препарата Ксеомин из расчета 300 единиц препарата в медиальную головку двуглавой мышцы плеча, плечевую мышцу и плечелучевую мышцы. Все пациенты дали письменное информированное согласие на проведение инъекций препарата Ксеомин. На 3-ий – 4-ый день после инъекции все пациенты данной группы, в дополнение к занятиям лечебной физкультурой, проходили курс тренировок с использованием роботизированного реабилитационного комплекса Armeo. Реабилитационный курс включал 10 ежедневных занятий по разработанной программе с нарастанием интенсивности и сложности выполняемых заданий. В группу контроля вошли 14 пациентов, отказавшихся от инъекций препарата Ксеомин. Из них 8 пациентов с повышением тонуса мышц-сгибателей верхней конечности до 3 баллов по шкале Ашворта проходили курс реабилитационного лечения на аппарате Armeo. 6 пациентов, у которых тонус мышц-сгибателей верхней конечности был повышен до 4-х и более баллов курс тренировок с использованием роботизированного реабилитационного комплекса Armeo не проходили в связи с отсутствием достаточного для выполнения поставленных задач объема движений верхней конечности. С целью оценки выраженности спастического гипертонуса верхней конечности применялась шкала Ашворта, для оценки мышечной силы – шестибалльная шкала оценки мышечной силы.

Результаты исследования. На 3-ий – 4-ый день после инъекций препарата Ксеомин у всех пациентов основной группы отмечено снижение выраженности спастического гипертонуса верхней конечности на 1-2 балла по шкале Ашворта, что позволило им пройти курс ежедневных занятий с использованием роботизированного реабилитационного комплекса Armeo по разработанной программе с нарастанием интенсивности и сложности выполняемых заданий. По окончании курса у 8 пациентов отмечено нарастание мышечной силы паретичной верхней конечности на 1 балл, улучшению ее локомоторной и координаторной функций. У 5 пациентов значимого (не менее, чем на 1 балл) нарастания мышечной силы не отмечено, однако отмечено нарастание объема движений в локтевом суставе и улучшение локомоторной функции, что позволило расширить программу двигательной реабилитации. У всех пациентов контрольной группы нарастания мышечной силы и улучшения локомоторной и координаторной функций верхней конечности не отмечено. Нежелательных явлений и побочных эффектов в обеих группах отмечено не было. Досрочно выбывших из исследования пациентов не было.

Обсуждение результатов. Результаты проведенного исследования соответствовали ожидаемым. У всех пациентов основной группы к моменту завершения курса реабилитационного лечения исследуемые показатели были выше, чем у пациентов группы контроля. 5 пациентов основной группы, у которых значимого повышения мышечной силы по окончании исследования не достигнуто, проходили курс реабилитации по

разработанной программе в поздние сроки постинсультного периода, что, вероятно, обусловило отсутствие эффекта, полученного у 8 пациентов основной группы, проходивших лечение не позднее месяца после инсульта. Тем не менее, у данных пациентов достигнуто нарастание объема движений в локтевом суставе паретичной конечности и улучшение локомоторной функции.

Выводы. Учитывая полученные результаты, целесообразно проведение инъекций препарата Ксеомина и последующего курса занятий с использованием роботизированного реабилитационного комплекса Armeo у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, с формированием сгибательного положения паретичной верхней конечности.

НОВЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Бабич В.В.[1], Веретенко Е.А.[2], Янковский В.В.[1], Бобунов Д.Н.[2]
[1]Институт биорегуляции и геронтологии, г.Санкт-Петербург
[2]ФГВБУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

В клинической практике геронтостоматологии большое значение на эффективность стоматологической реабилитации играет общесоматическое здоровье пациентов. Наличие большого числа психосоматических заболеваний неблагоприятно влияет на исходы стоматологической реабилитации, в том числе больных, страдающих патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) В непосредственном и отдаленном периодах стоматологического ортопедического лечения часто наблюдаются осложнения зубного протезирования, которые обусловливают необходимость ранней переделки или реставрации зубных протезов у людей старших возрастных групп. Мультидисциплинарными исследованиями последних лет при участии врачей-стоматологов установлено, что функционирование жевательного аппарата человека является составляющей функционирования его опорно-двигательного аппарата (В.И.Усачев, Д.Е.Мохов, 2004; А.В.Цимбалистов, Е.В.Войтяцкая и соавт., 2012). В отдельных публикациях было показано, что нормализация окклюзионных взаимоотношений зубных рядов человека, а также функционирования височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) способствует не только оптимизации жевательно-речевой функции, но и опорно-двигательного аппарата.

С целью повышения эффективности зубного протезирования и оценки качества изготовления зубного протеза предлагается до и после начала стоматологической реабилитации использовать методику стабилометрии, которая косвенно позволяет судить об эффективности выполненной стоматологической реабилитации. Было изучено с помощью методики стабилометрии влияние зубного протезирования на функцию равновесия у впервые протезируемых пожилых и старых пациентов с полной утратой естественных зубов. Для исследования использовали стабилоанализатор «Стабилан»

(г.Таганрог, Россия), а также рекомендации В.И.Усачева и Д.Е.Мохова (2004), с дополнениями А.В.Цимбалистова и соавт. (2012), которые предназначены именно для обследования пациентов при их ортопедической стоматологической реабилитации. В ходе исследования, выполненного до и спустя 2-3 месяца после завершения стоматологической реабилитации 7 пациентов (6 женщин и 1 мужчины) в возрасте от 63 до 79 лет, оценивали площадь эллипса статокинезиограммы, а также интегральный показатель качества функции равновесия.

В ходе исследования было установлено, что у всех пациентов спустя 2-3 месяца после завершения ортопедического стоматологического лечения и периода адаптации к съёмным зубным протезам отмечена положительная динамика (уменьшение площади эллипса, увеличение показателя функции равновесия), показывающая весомый вклад компонента жевательного аппарата в функцию равновесия организма пожилого и старого человека.

Исследование показало, что использование метода стабилометрии может применяться при стоматологической реабилитации сложных пациентов с коморбидной патологией, для оценки эффективности зубного протезирования с учетом нормализации функции ВНЧС, окклюзии и опорно-двигательного аппарата в целом, а также степени восстановления между ними оптимальных взаимоотношений. Эти данные важны при реабилитации людей пожилого и старческого возраста в медико-социальном плане. Способ прост в мануальном выполнении и достаточно эффективен.

УЛУЧШЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Батусов О.В., Рудских О.П., Кремер К.Г.
ФКУ «МУНКЦ им. П.В.Мандрыка» МО РФ, г. Москва

Нарушение двигательной активности у пациентов с цереброваскулярной патологией в части случаев обусловлено так называемым «сосудистым паркинсонизмом» (СП), т.е. вариантом вторичного паркинсонизма, который может быть вызван различными цереброваскулярными заболеваниями, поражающими «стратегические» для паркинсонизма зоны. Диагностика СП возможна при установлении причинно-следственных связей между сосудистым повреждением мозга и паркинсонизмом. Доказательство сосудистого происхождения паркинсонизма возможно при учёте трёх факторов: феноменологических особенностей двигательного дефекта, особенностей течения и данных нейровизуализаци. СП может развиться после перенесенного инсульта остро или, чаще, подостро, но в большинстве случаев СП развивается постепенно, в рамках дисциркуляторной энцефалопатии, при этом для него характерно ступенеобразное течение: периоды прогрессирования могут чередоваться с периодами стабилизации и частичного регресса. Клиническими особенностями паркинсонического синдрома при СП являются: отсутствие тремора покоя, преобладание симптоматики в аксиальных отделах и нижних конечностей, раннее развитие постуральных нарушений и ходьбы, относительная

симметричность симптоматики. Характерно при СП сочетание с другими сопутствующими синдромами: пирамидного, псевдобульбарного, атаксии, деменции, лобных знаков. Наиболее частый вариант СП - так называемый «паркинсонизм нижней части тела», который выявляется у 75% больных с СП и проявляется своеобразным нарушением ходьбы. Это часто приводит к падениям и инвалидизирующим травмам у пожилых пациентов, что значительно сказывается на качестве жизни этой категории пациентов.

Лечение СП проводится по двум направлениям: патогенетическое, направленное на предупреждение прогрессирования сосудистого поражения мозга (коррекция факторов риска, гипотензивные, антиагреганты, гиполипидемические, нейропротекторы и др.) и симптоматическое, заключающееся в подборе противопаркинсонических средств, учитывая низкую эффективность препаратов леводопы при СП.

Целью исследования явилась оценка эффективности терапии препаратом амантадином сульфат (ПК-Мерц, выпускаемый фармацевтической фирмой «Merz», Германия) начальных проявлений паркинсонического синдрома у пожилых больных.

Нами проведено 9-месячное исследование 27 больных с цереброваскулярной патологией, у которых диагностировались проявления паркинсонического синдрома в возрасте от 65 до 79 лет (15 мужчин и 12 женщин), коррекция которого проводилось с помощью амантадина сульфата. Данный препарат повышает разными путями функциональную активность дофаминергического синапса: увеличивает синтез дофамина в пресинаптических терминалях, ускоряет его освобождение в синаптическую щель и тормозит обратный захват в пресинаптиескую терминаль, а также обладает нейропротективным эффектом, связанный с селективным антагонизмом NMDA-рецепторов.

Дозу амантадина сульфата с 100мг до 300мг в сутки увеличивали постепенно (каждые 2 недели на 100мг в сутки). Состояние двигательной функции оценивалось по тесту Ходьбы с регистрацией времени (Timed Walking Test по D.Wade, 1992г.) и шкале Оценки двигательной активности у пожилых (Functional Mobility Assessment in Eldery Patients по M.Tinnetti, 1986г.), а качество жизни - по опроснику EQ5D «Euroqual». Всем пациентом было проведено нейровизуализационное исследование головного мозга (МРТ или КТ), дуплексное сканирование сосудов мозга, а также другие методы функциональной и лабораторной диагностики для уточнения генеза паркинсонического синдрома.

В ходе наблюдения за пациентами амантадина сульфат продемонстрировал свою эффективность в виде существенного уменьшения двигательных нарушений, улучшения походки и постуральной устойчивости. Средний балл по шкале Оценки двигательной активности под действием препарата улучшился с 28,1$\pm$4,7 до 35,6$\pm$4,3 ($p<0,05$); по тесту Ходьбы с регистрацией времени – с 11,7$\pm$2,5 до 7,3$\pm$2,2 секунд ($p<0,05$), а также на 2,1$\pm$0,7 балла ($p<0,05$) качество жизни. Амантадина сульфат позволил вести более полную и независимую жизнь.

Все пациенты перенесли удовлетворительно курс терапии, и ни у кого не потребовалось отменять или уменьшать дозу препарата.

Таким образом, амантадина сульфат (ПК-Мерц) не только уменьшает нарушения двигательной активности у пациентов с цереброваскулярной патологией при выявлении

проявлений сосудистого паркинсонического синдрома, но и улучшает качество жизни больного.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОЧАСТОТНОЙ ИМПУЛЬСНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Будко А.А., Артамонова Е.Е.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Лечение остеоартроза представляет собой актуальную медицинскую проблему в связи с большой распространённостью заболевания, прогрессирующим характером его течения, приводящим к потере трудоспособности, а не редко и к потере способности к самообслуживанию. Большой интерес к проблеме остеоартроза (ОА) обусловлен прежде всего высокой распространенностью этого заболевания, которое является одной из главных причин нетрудоспособности. По современным представлениям ОА развивается в результате дисбаланса процессов деградации и синтеза хондроцитами компонентов матрикса в суставном хряще, что приводит к изменению его биофизических свойств и нарушению функции. Важным обстоятельством, усугубляющим процессы деградации хряща, является расстройство регионарной гемодинамики) и микроциркуляции в синовиальной оболочке и субхондральной кости. При прогрессировании заболевания нарушения капиллярного кровообращения при ОА приобретают системный характер, что подтверждается с помощью биомикроскопии сосудов конъюнктивы глазного яблока. В условиях измененного регионарного кровотока важное значение имеет состояние свертывающей системы крови. Повышение коагуляционной активности крови у больных ОА, наиболее выраженное при синовите и доказанное работами Котельникова В.П. (1984), Домникова А.Д., Крашутского В.В. (1988), Палиенко И.А., Никулы Т.Д. (1989), Щавелевой Л.А. (1995), создает опасность микротромбоза и дальнейшего нарушения кровотока в элементах пораженных суставов. Выраженное влияние на воспаление, состояние микроциркуляции, регионарной гемодинамики и свертывающей системы крови оказывает магнитное поле. В медицинской практике есть опыт применения переменного магнитного поля (ПеМП) синусоидальной формы в комплексной терапии ОА. У больных под действием местной магнитотерапии купируется болевой синдром, увеличивается объем движений в суставах, уменьшается внутрисуставной выпот при синовите, данные реовазографии свидетельствуют об улучшении регионарного кровоснабжения, увеличении венозного оттока, нормализации тонуса сосудов. В последнее десятилетие широкое распространение получили импульсные мапштотерапевтические приборы. Генерируемые ими низкочастотные поля имеют специальную форму импульсов, которые максимально приближаются к электромагнитным колебаниям внутренних органов. Взаимодействуя с собственными магнитными полями различных структур организма и вызывая генерацию вихревых токов в тканях, импульсные магнитные поля (ИМП) даже при местном воздействии изменяют режим работы клеток, органов и организма в целом, оказывая тем самым лечебный эффект (Шишло М.А., 1981; Холодов Ю.А., 1989; Руденко Э.В., Шалатонина О.И., Чичкан Д.Н., 2000).

Таким образом, сочетанное лечение импульсным магнитным полем и диклофенаком уменьшает боль, интенсивность парестезии и нарушение функции у всех больных ОА, независимо от рентгенологической стадии и наличия синовита. Достигнутый эффект сохраняется полностью в течение 6 месяцев у больных с I Rg-стадией, в течение 3 месяцев - у пациентов со II и III стадиями. Через полгода у них суставные индексы достоверно увеличиваются, причем при II стадии в меньшей степени, а при III - боль и нарушение функции становятся прежней силы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бурлак А.М., Матвиенко В.В.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Боевые действия последних десятилетий также приводят к значительным травматическим повреждениям опорно-двигательного аппарата личного состава. Более того, отмечается устойчивая тенденция к увеличению доли ранений конечностей по сравнению с поражением туловища и других частей тела, что обусловлено активным характером боевых действий и широким применением индивидуальных средств броневой защиты туловища (бронежилеты) и головы (защитные шлемы). При этом особую важность имеют ранения верхних конечностей.

Под нашим наблюдением находилось 534 военнослужащих, которые поступили в реабилитационный центр для лечения последствий боевой травмы верхних конечностей. При этом от момента ранения до лечения в реабилитационном центре проходило от 8 месяцев до 15 лет. Обследование пациентов выявило наличие дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночном столбе, основной локализацией которых являлись зона шейно-грудного перехода и грудной отдел позвоночника. Клинические особенности данной категории пациентов характеризовались следующими симптомами: асимметрия позвоночника (98% случаев), болевой синдром (71%), компрессионно-рефлекторный синдром (59%), синдром корешковой компрессии (18%), рефлекторно-компрессионный синдром (17%), рефлекторный синдром (15,7%) соответственно. В целом основными клинико-функциональными особенностями вертеброгенных осложнений у военнослужащих с последствиями боевой травмы верхней конечности являлись: преимущественная локализация в шейно-грудном отделе позвоночника; высокая скорость формирования после травмы; высокая частота клинической манифестации; преобладание вертеброгенных болевых и компрессионно-рефлекторных синдромов; высокая частота функциональных деформаций опорно-двигательного аппарата; сочетание с устойчивыми изменениями в психоэмоциональной сфере (тревожные реакции и астенизация).

Нами разработана комплексная программа патогенетической медицинской реабилитации данной категории пациентов, включающая режим, диету, медикаментозную терапию, физиотерапевтические процедуры, применение оптимизированнных методов

механического воздействия на паравертебральные мышцы и позвоночно-двигательные сегменты (ручной и аппаратный массаж, мануальную терапию), иглорефлексотерапию и биомеханотерапию.

Результаты оценки эффективности разработанной программы медицинской реабилитации показали высокую эффективность, выражающуюся полное восстановление функции травмированной конечности у 64% раненых, частичное у 11%, при этом следует особо подчеркнуть целесообразность применения методов биомеханотерапии.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ «БИОЛЬ» У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Волошина Н.И.[1], Подберезкина Л.А.[2]
[1]*ГУП «Петербургский метрополитен» санаторий «Балтийский берег», г. Санкт-Петербург*
[2]*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург*

Основными задачами медицинской реабилитации пациентов, страдающих бронхиальной астмой являются: стимуляция механизмов мукоцилиарного транспорта, повышение толерантности дыхательных путей к действию экзогенных факторов, тренировка и восстановление собственных компенсаторных возможностей бронхолегочной системы и организма в целом. Использование физиотерапевтических методов в комплексном лечении пациентов с бронхиальной астмой дает возможность снизить медикаментозную нагрузку, сократить сроки стационарного лечения и увеличить продолжительность ремиссии.

Среди перспективных методов физиотерапевтического лечения больных БА является ингаляционное воздействие препаратом «Биоль» на респираторный тракт. Грязевой препарат «Биоль» - эффективное натуральное средство, приготовленное на основе отжима целебной илово-сульфидной грязи Сакского озера.

Цель исследования - определить относительный вклад ингаляционной терапии (препарата Биоль) в формирование лечебных эффектов у больных БА.

Обследовано 108 больных БА различной степени тяжести в возрасте от 30 - 72 лет, из них 42-мужчин, 66-женщин. Курс ингаляционной терапии с препаратом «Биоль» проведен у 78 больных БА, а 30 пациентов - курс галоаэрозольной терапии. В указанных выборках пациенты были сравнимы по тяжести заболевания, особенностям клинических проявлений, возрасту и полу. Лечение проводили под контролем стандартных клинических, функциональных и лабораторных показателей.

Оценка результатов лечения проводилась с учетом жалоб больных, общеклинического обследования, данных функциональных тестов. В процессе ингаляционной терапии препаратом «Биоль» после 4-5 дня курса существенно уменьшался кашель, улучшался бронхиальный дренаж. Клинические признаки улучшения дренажной функции бронхов у пациентов, походивших ингаляционную терапию препаратом «Биоль» в сравнении с контрольной группой отмечали на 4 дня раньше.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует, что ингаляционная терапия препаратом «Биоль» является высокоэффективным методом лечения БА, позволяющим существенно ускорить процесс купирования обострения, достижения стойкой ремиссии, уменьшить сроки госпитализации и нетрудоспособности, а также значительно улучшить качество жизни пациента.

ЛАБОРАТОРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ – ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Гаврилова Н.Н., Юрченко В.П., Наумова Е.А.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Лабораторное отделение работает с первых дней основания госпиталя, с 1989 года. В самом начале работы - это были ручные методики клинических и биохимических исследований. Но уже в 1990 году госпиталем был приобретен биохимический анализатор "Sinchron CX-4", дающий возможность делать обширный объём биохимических исследований как крови, так и других биологических жидкостей.

На базе госпиталя проводился учебный тренинг и для других военных госпиталей России. В 1992 году был приобретен гематологический анализатор "9000", дающий возможность исследовать в полном объёме, как красную кровь, так и лейкоцитарную формулу. В том же 1992 году начали проводить иммунологические исследования на приобретенном анализаторе "Эррей", который проработал 2008 года. В 1997 году лабораторное отделение стало проводить гормональные исследования на приобретенном иммунохемилюминисцентном анализаторе "AXS:180" такие как: исследования гормонов щитовидной железы, половых гормонов, онкомаркеров и др.

До 2002 года коагулогические исследования проводились ручными методиками. В 2002 г. госпиталь приобрел для лабораторного отделения анализатор коагулогических исследований "Диа-мед cd-4", что дало возможность более точно и массово обследовать больных.

В настоящее время на оснащении отделения находятся современные аппараты, такие как коагулограф «Simens», анализатор крови «Sismex» с полной дифференцировкой форменных элементов крови, биохимический анализатор крови «Behman».

В месяц в лабораторном отделении выполняется около 35000 исследований, на 1-го больного приходится более 66,3 исследований.

На протяжении всех лет работы снабжение реактивами, диагностическими наборами и другими расходными материалами осуществлялось своевременно и качественно, что давало возможность работать на всей аппаратуре бесперебойно.

Таким образом, благодаря опытным, знающим лабораторное дело кадрам и оснащенности современной медицинской техникой, отделение успешно справляется с поставленными задачами.

ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Горлова А.П., Молчанов Б.А.
Филиал № 1 ФГБМУ «Медицинский центр Минобороны России», г.Химки

Серьёзные исследования, посвященные проблеме следствий артериальной гипертензии, впервые появились лишь к середине XX века (Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Айриян Н.Ю., 2005; Whitworth J.A., 1983). Из многочисленных эпидемиологических исследований известно, что высокие показатели артериального давления тесно ассоциированы с риском инфаркта, ишемической болезни сердца, инсультных состояний, гипертонической энцефалопатии и рядом других серьёзных заболеваний (PATS (1998), PROGRESS (2001), MOSES (2005) и др.). Несмотря на такое большое количество отечественных и зарубежных исследований, по-прежнему остаётся недостаточно разработанной проблема содержательного, качественного анализа нарушений, возникающих при эссенциальной артериальной гипертензии. Наиболее часто в симптоматике клинических исследований мы встречаем когнитивные нарушения разной степени тяжести. В последние десятилетия активные исследования в этой области позволили выделить различные по психологической картине и симптоматике расстройства когнитивных функций. Особый интерес для нашего исследования представляют умеренные когнитивные нарушения (УКН), т.к. раннее начало терапии именно до развития деменции позволяют замедлить прогрессирование заболевания и отсрочить появление выраженного когнитивного дефицита. В настоящее время общепринятыми являются критерии УКН, предложенные R. Petersen в 1999г. и модифицированные в 2005г. (Petersen R., Touchon J., 2005):

1. жалобы на повышенную забывчивость или снижение умственной работоспособности, подтверждаемые родственниками больного;
2. сведения о снижении когнитивных функций в сравнении с ранее имевшимися возможностями пациента;
3. объективные свидетельства мнестических или других когнитивных нарушений по сравнению с возрастной нормой;
4. когнитивные расстройства не должны приводить к утрате профессиональных способностей и навыков социального взаимодействия, но возможно лёгкое ухудшение в сложных видах повседневной и профессиональной деятельности;
5. имеющиеся нарушения не достигают степени деменции.

Стоит отметить, что УКН могут быть прообразом деменций различного типа (альцгеймеровской, сосудистой и т.д.) (Meyer J., 1981). В свете представлений о гетерогенности УКН (Гаврилова С.И., 2005; Одинак М.М., Емелин А.Ю., Коваленко П.А., 2009; Rasquin S.M., 2005) в настоящее время выделяют следующие основные варианты:

1. амнестический- в клинической картине единственными или явно доминирующими являются нарушения памяти;
2. вариант с множественным когнитивным дефицитом- характерно одновременное и равномерное ухудшение нескольких когнитивных функций (внимания, исполнительной функции, зрительно- пространственной ориентировки);

3. вариант с дефицитом в одной когнитивной сфере, исключая память- отмечаются более выраженные нарушения какой- либо когнитивной сферы при относительной сохранности памяти и других когнитивных функций.

Анализ литературы последних лет показал, что ряд авторов придерживается мнения о том, что в структуре УКН преобладает вариант с множественным поражением когнитивных функций (Захаров В.В., Яхно Н.Н., 2005; Дамулин И.В., 2006; Lopez O., 2003; Petersen R., Touchon J., 2005). Так, клинически умеренные когнитивные нарушения сосудистой этиологии характеризуются не столько мнестическими проявлениями, сколько сочетанием нейродинамических и начальных признаков нарушений исполнительной (управляющей) функции, а именно: истощаемостью, психических процессов, снижением уровня внимания, затруднением при планировании сложных видов деятельности, переключением с одно вида деятельности на другой, усвоении новой информации. Стоит отметить, что в последнее время наблюдается омолаживание АГ. Однако, если проблема когнитивных дисфункций у пожилых больных с АГ имеет отражение в литературе (Петрова М.М., 2007; Cassiatore F., 2002), то состояние высших психических функций у пациентов молодого возраста, страдающих АГ, практически не изучалось (Трубникова О.А., 2008; Knopman D.S., 2003). При этом данные пациенты являются трудоспособным контингентом, и нарушение когнитивных функций могут иметь для них серьёзные последствия в виде социально-трудовой дезадаптации, даже при отсутствии значительных двигательных нарушений. Таким образом, выявление системно- аргументированных клинико-психологических данных о состоянии когнитивных функций на начальных этапах развития заболевания у пациентов с АГ трудоспособного возраста, а также оценка возможности и эффективности их коррекции на фоне антигипертензивной терапии, актуальны. Целью данного исследования является определение и оценка клинико-психологических особенностей когнитивных нарушений с основными клинико-функциональными характеристиками у пациентов с АГ молодого и среднего возраста с целью разработки программы реабилитационно-восстановительных мероприятий немедикаментозного характера. Проведенное клинико-психологическое исследование включало 92 пациента: 52 с артериальной гипертензией (Г), 40- здоровых добровольцев (З), сопоставимых по возрасту, полу, уровню образования и факторам риска. Оценка когнитивных функций проводилась с помощью следующих методик и тестов: субтест. Повторение цифр теста Векслера (Wechler, 1945, прямой и обратный счёт), Корректурная проба, Тест Бентона (Benton, 1994), Таблицы Шульте (Блейхер, Круг, 1986, 3 серии), Дескрипторы внутренних телесных ощущений (Тхостов А.Ш., Ефремова О.В., 1989), субтест. Парные ассоциации теста Векслера (Wechler, 1945), Тест Струпа (Stroop, 1936), субтест. Шифровка теста Векслера (Wechler, 1945), субтест. Логическая (семантическая) память теста Векслера (Wechler, 1945), Тест «Tower of London» (Shallis, 1988). Обследование также включало клиническую беседу каждого пациента с психологом с целью выявления анамнестических данных.

Полученные нами первичные результаты свидетельствуют о том, что когнитивные функции оказались хуже у группы Г- пациентов с гипертонической болезнью по сравнению с группой З - здоровых испытуемых. У пациентов с ГБ обнаруживается более низкий объём механической памяти, регистрируется большее время, затраченное на поиск чисел в Таблицах Шульте. При оценке объёма слухо - речевой памяти следует отметить

наличие сопоставимых результатах в обеих исследуемых группах. При этом в группе пациентов с ГБ заметно значительное снижение объёма и качества запоминаемого материала после интерференции. Пациенты с АГ совершали большее количество ошибок при работе с тестом «Tower of London», при этом ошибки касались не только содержательных моментов работы с методикой, но также понимания и удержания инструкции, предлагаемой к этому тесту.

Таким образом, предварительные результаты свидетельствуют в пользу выдвигаемых гипотез о наличии когнитивного дефицита у пациентов, страдающих АГ на начальных стадиях развития заболевания.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МОНООКСИД-АЗОТНОЙ И ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Гурьев Г.С., Юдин В.Е., Дударев В.В., Лежнева А.Г., Сухов А.В.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Наши клинические наблюдения основаны на лечении 75 больных, поступивших на плановое хирургическое лечение в филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО РФ за период 2010-2013 гг.

Среди наблюдаемых было 36 женщин и 39 мужчин, в возрасте от 18 до 65 лет, поступившие на плановое оперативное лечение по поводу желчнокаменной болезни, паховых грыж. Противопоказаниями к использованию предлагаемого способа введения лекарственных препаратов являлись тромбофлебит нижних конечностей, воспалительные процессы на нижних конечностях, лимфедема, декомпенсированная сердечная недостаточность, индивидуальная непереносимость антибиотиков.

Из больных, поступивших для планового хирургического лечения, были сформированы 3 группы. В первую группу вошли (20 человек) больные, которым антибиотик вводился внутривенно (цефтриаксон) в разовой дозе (1 г), однократно, во вторую (22 человека) – лимфотропно по принятой методике в модификации И.В. Яремы и соавт. (1999 г.), а в третью (31 человек) – антибиотик вводился лимфотропно и операционные раны обрабатывались монооксидом азота. После этого исследовалась кровь из периферической (кубитальной) вены через 1, 3, 6, 9 , 12, 18, 24, 36 и 48 часов. Концентрацию антибиотика определяли методом диффузии в агар с использованием чувствительных тест-микроорганизмов.

При лимфотропном введении антибиотика максимальная концентрация определялась через 6 часов после введения и составила 21,7 мкг/мл, период полувыведения колебался между 12 и 18 часами, а рабочая концентрация препарата сохранялась до 36 часов, причем, введение цефтриаксона больным осуществлялась за 1-3 часа до забора крови на исследование.

В условиях воздействия экзогенного монооксида азота на ткани при тех же параметрах концентрация антибиотика в крови оставалась высокой до 12 часов и

составила 19,4 мкг/мл, а рабочая концентрация через 36 часов при воздействии монооксида азота была в 4 раза выше по сравнению с группой больных, которым не проводилась NO-терапия.

Таким образом, возможности применения комплексной монооксид-азотной и лимфотропной терапии для профилактики раневой инфекции при плановых хирургических операциях обоснованы. Лимфотропное введение антибиотика на фоне воздействия монооксида азота эффективно повышает концентрацию цефтриаксона в крови.

ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Дударев В.В., Гурьев Г.С.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Нами выполнено 108 лапароскопических герниопластик. Из них лапароскопическая абдоминальная герниопластика (TAPP) – 84, лапароскопическая экстраперитонеальная гернипластика (TEP) – 24. Лапароскопическое ушивание задней стенки пахового канала выполнено у 20 больных. Косых паховых грыж было 48, прямых паховых грыж – 57, пахово-мошоночных – 3. Возраст больных от 17 до 70 лет, средний возраст - 45,4 лет. Сопутствующую терапевтическую патологию имело 73% больных, в основном ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, сахарный диабет.

Отмечено одно интраоперационное осложнение – ранение нижней эпигастральной артерии, выполнена остановка кровотечения коагуляцией и клипированием. Осложнение не повлияло на выполнение операции и исход заболевания. Послеоперационные осложнения были у трех больных. Одно нагноение предбрюшинной гематомы, дренировано через наружный разрез в паховой области, сетчатый имплантат не удалялся, исход – выздоровление. У одного больного развился отек мягких тканей мошонки и орхоэпидидимит. Купирован в течение недели консервативно. В одном случае умеренная послеоперационная невралгия с регрессом болевого синдрома в течение трех месяцев. Сроки лечения больных от двух до десяти дней, средний койко день четыре.

Под послеоперационном наблюдением находилось 90 больных от 1 года до 6 лет. Рецидивов грыжи две. В обоих случаях больные повторно оперированы лапароскопическим методом. В обоих случаях причиной рецидива стало смещение нижнего края нераскроенной сетки вверх, выполнена герниопластика сетчатым имплантом с раскроем.

Мы считаем, что для профилактики рецидива паховой грыжи необходимо во всех случаях, в том числе и при прямых грыжах, устанавливать сетку с раскроем для семенного канатика, что предотвращает смещение нижнего края сетки вверх.

Выводы:

1. Таким образом, лапароскопическая герниопластикаявляется методом выбора у молодых больных и больных, не имеющих тяжелой сопутствующей патологии в возрасте до 70 лет.

2. Для профилактики послеоперационных осложнений необходимо выполнять ушивание задней ситенки пахового канала при несостоятельности задней стенке пахового канала. Клипирование сеткеи в нижнее-наружных отделах по возможности избегать.

3. Сетку устанавливать с обязательным раскроем для семенного кантаика при всех видах паховых грыж.

НОВЫЙ МЕТОД УШИВАНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КОЛЬЦА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Дударев В.В., Гурьев Г.С.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Лапароскопическая герниопластика давно и прочно вошла в стандарты лечения больных с паховыми грыжами. Однако, единого стандартного протокола выполнения данной операции еще нет. По степени несостоятельности задней стенки пахового канала, выделяются грыжи состоятельной и несостоятельной стенкой пахового канала (С.И.Емельянов и соавт.).

При несостоятельной задней стенке пахового канала предлагается во время лапароскопической герниопластики предлагается выполнить ушивание задней стенки по Nihus.

Нами предложен новый метод ушивания задней стенки пахового канала при лапароскопической герниопластике. После выделения грыжевого мешка, оценивается состояние задней стенки и при выраженных дефектах апоневроза более 3 см, выполняется его ушивание. Для этого делается прокол кожи 0,3 см снаружи в области дефекта. Через прокол вводится игла для ушивания троакарных ран с нитью через одну из стенок апоневроза. Нить перехватывается инструментами изнутри, игла выводится, а затем прокалывается противоположную стенку апоневроза. Нить вставляется в иглу в брюшной полости и выводится наружу. В подкожной клетчатке тупо выполняется небольшой канал по ходу нити в сторону апоневроза и узел завязывается экстракорпорально.

Нами выполнено ушивание задней стенки пахового канала по данной методике у 20 больных. В 16 случаях при лапароскопической абдоминальной предбрюшинной герниопластики (TAPP) и в 4 случаях при экстраперитонеальной герниопластики (TEP). Из них при косых паховых – 6, при пахово-мошоночных грыжах – 3, при прямых паховых грыжах – 11. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде умеренный болевой синдром наблюдали у 1 больного, был купирован применением нестероидных противовоспалительных препаратов. Рецидивов грыж при сроках наблюдения до четырех лет не было.

Таким образом, метод является простым в техники выполнения, требует меньше времени чем интракорпоральный шов, является достаточно безопасным и надежным. По данному методу оформлено рационализаторское предложение № 5 от 28.11.2013 года.

Данный метод может быть рекомендован к широкому использованию при лапароскопической герниопластике при несостоятельной задней стенке пахового канала.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Дыбов М.Д., Аннушкин А.Д., Тертова И.С., Салостина Н.И.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Методы психологического обследования в клинической медицине используются для диагностики личностных свойств, эмоционального состояния и потенциальных возможностей каждого отдельного человека в целях реализации индивидуализированного подхода в процессе профилактики и лечения болезней. Психодиагностические исследования позволяют выявить генетически детерминированные свойства индивида, его конституциональные особенности, личностные свойства, социально-психологические проблемы и связь актуального состояния с психотравмирующими факторами, в числе которых нередко оказываются сложные межличностные отношения.

Психодиагностика занимает важное место в оценке роли психологического фактора в возникновении психосоматической патологии, удельный вес которой в структуре общей заболеваемости, по данным разных авторов, составляет 25-30%. В настоящее время специалисты, занимающиеся этой проблемой, пытаются получить психофизиологические профили личностей, характерные для каждого психосоматического заболевания. И хотя единых личностных типов, специфичных в нозологическом плане, выявить, не удалось, для ряда заболеваний уже определены некоторые общие характерологические особенности. Особенно хорошо изучены преморбидные личностные особенности больных с гипертонической болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Не менее важна роль психодиагностики и при "чисто" соматических заболеваниям. Известно, что при соматическом заболевании поражается не один какой-либо орган и не система органов, а часто в патологический процесс вовлекается весь организм, в том числе и центральная нервная система. В зависимости от тяжести и характера соматического страдания, этапа его развития глубина психических нарушений бывает различной. Иногда наблюдается только непродолжительная реакция личности на соматическое заболевание, протекающее по типу невротических реакций, в других случаях соматические заболевания приводят к развитию затяжных астенических состояний.

Кроме того, определение личностных, характерологических, мотивационных особенностей способствует более эффективному выбору психотерапевтических методик и налаживанию терапевтического контакта между больным и врачом. С помощью

психодиагностических методов можно более полно подойти к реализации принципа "лечить не болезнь, а больного".

Для этих целей во 2 филиале ФГКУ «3 ЦВКГ имени Вишневского МО РФ» в 1992 году была сформирована лаборатория медико-психологических исследований и социально-трудовой реабилитации. Выбор психофизиологических и психологических методик, используемых в лаборатории, осуществляется на основании следующих критериев: высокая диагностическая информативность, достаточная оперативность в получении, обработке, в анализе и клинической интерпретации полученной информации, наличие соответствующих программных продуктов для IBM-совместимого компьютера, кроме того, при подборе психодиагностических методик учитывается общее состояние пациента.

Важным является преемственность исследований на разных этапах медицинской реабилитации. Мы предлагаем для скринингового психодиагностического исследования ввести базовый набор методик: госпитальную шкалу тревоги и депрессии, разработанную Zigmond A.S. и Snith R.P. (1983 г.), адаптированную М.Ю. Дробижевым в 1993 году, тест Спилбергера-Ханина, позволяющий измерить уровень тревожности как личностной, так и ситуационно обусловленной, тест субъективного состояния, характеризующий самочувствие, активность, настроение (САН) и тест ЛОБИ (личностный опросник Бехтеревского института), предназначенный для определения, «внутренней картины болезни». При необходимости, для верификации нарушений различных психических процессов базовое обследование может быть расширено консультацией медицинского психолога.

Таким образом, психологическую диагностику следует рассматривать как необходимую составляющую клинико-диагностического и реабилитационного процессов. Данные психодиагностического исследования способствуют более глубокому изучению личностной предрасположенности больного к невротическому срыву, выявлению психологических проблем больного, позволяют глубже разбираться в личностных аспектах психической адаптации, более избирательно подходить к коррекции невротических расстройств у больных с соматическими, психосоматическими и психогенными заболеваниями.

БИОУПРАВЛЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Дыбов М.Д., Аннушкин А.Д., Косухин Е.С.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Биоуправление - это комплекс идей, методов, технологий, направленных на развитие и совершенствование механизмов саморегуляции физиологических функций при различных патологических состояниях. Клиническое применение биоуправления затрагивает многие медицинские направления, в том числе и психосоматику. Анализ публикаций свидетельствует о преимущественном интересе авторов к нейроуправлению

по электроэнцефалограмме (ЭЭГ), особенно при коррекции пограничных состояний и лечении психосоматической патологии. Повышенное внимание исследователей обосновано тем, что ЭЭГ отражает функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС) и, как следствие, адекватность коркового контроля над функционированием вегетативной нервной системы и внутренних органов.

Биоуправление – это метод, требующий активного отношения больного к проводимым сеансам и связан с мобилизацией резервных возможностей ЦНС.

Принципиально новый подход в использовании ЭЭГ-зависимого биоуправления реализован в методике биоакустической психокоррекции (БПК). Отличие в том, что пациенту, во-первых, не дается каких либо заданий, во-вторых, сигнала обратной связи является образом реального физиологического процесса, а не его формальной заменой. Единственная задача обследуемого в этих условиях – слушать работу собственного мозга. Ключевым моментом, обеспечивающим эффективность такой процедуры, является личная психоэмоциональная оценка больным звукового образа собственной, текущей, биоэлектрической активности головного мозга. Коррекция функционального состояния ЦНС заключается в устранении разницы между текущим и опорным значениями параметров электрической активности, и она возможна, если есть информация о текущем состоянии организма и о том состоянии, которое можно назвать опорным, эталонным.

С целью верификации эффективности биоуправления у больных с психосоматической патологией мы обследовали 90 больных в возрасте от 30 до 64 лет (средний возраст 45±2,2), с установленным диагнозом гипертонической болезни 2 стадии, артериальной гипертензией 2-3 степени, среднего и высокого риска, без ассоциированной патологии.

Проведенные клинико-психологические и психофизиологические исследования у всех больных до лечения показали высокий уровень реактивной тревожности (по тесту Спилбергера-Ханина), низкие значения самочувствия, активности и настроения (по тесту САН), высокие значения латентного времени простой зрительно-моторной реакции.

В результате проведенного лечения более чем у 75% больных был достигнут положительный клинический эффект, который выражался в снижении исходного повышенного артериального давления, уменьшении эмоциональной напряженности и утомляемости, нормализации сна и аппетита, повышении настроения и работоспособности. Положительные изменения наблюдались в ряду как психофизиологических (латентное время простой сенсомоторной реакции), так и психологических показателей, самочувствия активности настроения, уровня реактивной тревожности.

Анализ частотно-временной структуры ЭЭГ больных выявил достоверные изменения в электрической активности головного мозга после курса процедур БПК. Улучшению звукового образа ЭЭГ сопутствовало увеличение спектра альфа-ритма и уменьшение мощности дельта и бета-ритма. Кроме того, произошло увеличение степени сходства ЭЭГ в симметричных отделах головного мозга.

Таким образом, применение биоакустической психокоррекции в комплексных реабилитационных программах больных гипертонической болезнью является эффективным и безопасным методом, который за счет нормализации функционального

состояния ЦНС существенно повышает эффективность медицинской реабилитации этой категории больных.

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Елоев М.С., Клипак В.М., Елоев Р.М., Петров И.А.
ФГБУ «9 Лечебно-диагностический центр» Минобороны России, г. Москва

Важным направлением совершенствования деятельности хирургической службы на современном этапе является развитие эндоскопических методов лечения. Это позволяет переоценить подход к характеру и объему лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в центрах амбулаторной хирургии, созданных на базе крупного лечебно-диагностического центра или крупной поликлиники.

Внедрение эндохирургических технологий устранило один из наиболее существенных недостатков традиционной полостной хирургии - несоответствие между продолжительным травматичным созданием доступа к объекту операции и минимальным по времени вмешательством на самом органе. Действительно, при оперативном лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ), острого аппендицита и гинекологической патологии чревосечение и последующее ушивание лапаротомной раны занимают больше времени, чем удаление жёлчного пузыря или резекция яичника. Основные недостатки: кровопотеря и травматизация тканей также происходят на этом этапе операции. Половина осложнений в традиционной хирургии непосредственно связана с оперативным доступом: нагноение ран, эвентрация, образование грыж и лигатурные свищи. Из-за болей в области раны пациенты вынуждены в течение 2-3 суток находиться в постели. Это грозит развитием гипостатической пневмонии и тромботических осложнений. Спаечная болезнь - бич абдоминальных операций, как и обусловленная этой причиной высокая частота кишечной непроходимости. Отдельная проблема - косметический результат операции.

Преимущества эндоскопической хирургии перед традиционной могут быть следующие: 1. Снижение травматичности операции и объёма рассекаемых тканей. 2. Величина кровопотери и боли после операции существенно меньше. 3. Снижение частоты и тяжести осложнений. 4. Такие традиционные осложнения, как эвентрация или образование огромных вентральных грыж, вообще не встречаются в эндохирургии. 5. Послеоперационный парез кишечника, спаечная болезнь или лёгочные осложнения возникают значительно реже, чем при открытых операциях. 6. Меньше инфицируется операционное пространство. 7. Не происходит охлаждения и высушивания серозной поверхности внутренних органов, что уменьшает вероятность образования спаек. 8. Снижение продолжительности нахождения в стационаре после операции. 9. За счёт быстрого восстановления жизненных функций продолжительность госпитального периода меньше в 2-5.раз. 10. Сроки утраты трудоспособности и возвращения к обычному образу жизни короче в 3-4 раза. 11. Снижение стоимости лечения. Хотя специальное оборудование для эндохирургических вмешательств повышает стоимость операции, лечение в целом дешевле на 20–25 % за счёт уменьшения госпитального периода, расхода

медикаментов и быстрой реабилитации пациента. 12. Косметический эффект чрезвычайно важен, особенно для женской части населения. 13. Снижение потребности в лекарственных препаратах имеет не только экономическое, но и профилактическое значение. 14. Минимально инвазивное лечение - это и минимум препаратов с их побочным и токсическим воздействиями.

Не менее важны опыт и квалификация хирургической бригады и уровень анестезиологического пособия. Безопасность лапароскопических операций прямо пропорциональна усилению оснащения операционной. Чем сложнее оборудование, тем проще работать с тканями, «не оставляя следов».

Хирургическое отделение - стационар краткосрочного пребывания с группой анестезиологии и реанимации ФГБУ «9 ЛДЦ» МО РФ был открыт в марте 2009 года. Ежегодно в нем выполняется до 800 операций в год. 57 % составляют операции эндохирургического профиля, выполняемые по хирургии, гинекологии, травматологии и оториноларингологии. Операционный блок модульного типа (Германия) представлен 2-мя операционными, стерилизационной, комнатой для газов, раздевальными комнатами для переодевания, комнатой автономного электроснабжения. Также он оснащен эндохирургической аппаратурой фирмы «Шторц», наборами инструментом «Эскулап», наркозно-дыхательной аппаратурой фирмы «Дрегер». В операционной размещены потолочные консоли с подводкой кислорода, закиси азота и углекислого газа. В штате отделения работают доктора и кандидаты медицинских наук, все врачи имеют высшую квалификационную категорию. Научно-методическую и практическую помощь стационару оказывает ФГКУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО РФ.

При выборе эндохирургического вмешательства облигатно должны быть рассмотрены следующие критерии:

- летальность и частота осложнений существенно ниже или, по крайней мере, равны результатам той же операции, выполняемой «открытым» методом;
- техника операции доступна большинству хирургов, а не только группе избранных;
- частота конверсии (перехода к традиционной «открытой» операции) не превышает 10% в плановой и 30% в экстренной хирургии.

Дальнейшее развитие эндохирургии на наш взгляд могут определять следующие положения:

1. Внедрение новых технологий в практическое здравоохранение.
2. Достижения последнего десятилетия не должны оставаться привилегией отдельных клиник и специалистов.
3. Расширение объёма эндохирургических вмешательств должно происходить разумно, с учётом потребности региона, оснащённости оборудованием и уровнем подготовки специалистов.
4. Дальнейшее уменьшение травматичности хирургических операций без ущерба для их радикальности, с учётом не только факторов прямой хирургической агрессии, но и других составляющих оперативного вмешательства (например, травматичности, анестезиологического пособия или последствий госпитальной инфекции).
5. Сочетание эндохирургии с другими малоинвазивными методами и высокоэффективными диагностическими исследованиями.

6. Робототехника и телекоммуникация.

Все эти факты в эпоху эндохирургии подлежат тщательному анализу и осмыслению.

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СТАЦИОНАРЕ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Елоев М.С., Клипак В.М., Петров И.А., Ермолинский И.И.
ФГБУ «9 Лечебно-диагностический центр» Минобороны России, г. Москва

Одним из приоритетных направлений развития здравоохранения Российской Федерации является внедрение новых организационных структур – поликлинических центров амбулаторной хирургии, позволяющих оказывать специализированную, многопрофильную, хирургическую помощь населению, улучшить результаты лечения больных с хирургическими заболеваниями при снижении материальных затрат.

Стационар краткосрочного пребывания с группой анестезиологии и реанимации при ФГБУ "9 ЛДЦ" МО РФ был создан в 2009 году. Срок пребывания от 1 до 5 суток. В своем составе он имеет 2 операционные на два стола, две перевязочные, 5 палат на 10 коек, 6 одноместных палат и палату интенсивной терапии на 2 койки, оснащенную всем необходимым для оказания реанимационного пособия.

К стационарзамещающим технологиям по праву можно отнести малоинвазивные видеоэндоскопические вмешательства. Метод оперативного лечения заболеваний, когда радикальные вмешательства выполняют без широкого рассечения покровов, через точечные проколы тканей или естественные физиологические отверстия. В последние десятилетия эти операции стали выполнятся под контролем видеомонитора. В первую очередь эндохирургия охватила операции на органах брюшной и грудной полости - лапароскопические и торакоскопические вмешательства. Именно эндохирургия позволила самым радикальным образом перейти к выполнению минимально инвазивных вмешательств и тем разрешить их использование в амбулаторных центрах хирургии.

С марта 2009 года в хирургическом стационаре было выполнено выполнено 2 646 (100%) операций. Из них 1 508 эндовидеохирургических операций. Что составило 57% от всех стационарзамещающих операций в нем произведенных. Из них 189 (12.5%) - травматологического профиля, 171 (11.3%) - хирургического и 1148 (76.2%) - гинекологического. Кроме этого, отоларингологами произведено 155 операций эндоскопической риносептопластики. Из хирургических операций выполнялась лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита и полипов желчного пузыря различных размеров. Артроскопические вмешательства на коленном суставе были выполнены 189 пациентам. Производились менискэктомии и резекции внутреннего, наружного менисков, диагностические менискэктомии и резекции тела Гоффа, удаление внутрисуставных тел. Послеоперационных осложнений при хирургических и травматологических операциях не наблюдалось. Из 1148 гинекологических вмешательств произвели: 924 (80%) гистерорезектоскопий с

фракционным диагностическим выскабливанием и 224 (20%) - различных лапароскопических операций по поводу резекций яичников, туб- и аднесэктомий, миомэктомий, устранений очагов наружного эндометриоза, трубноперитонеального бесплодия. Интраоперационные осложнения наблюдались во время внутриматочных вмешательств у 2 (0.2%) гинекологических больных. Осложнений связанных с анестезией при видеоэндоскопических вмешательствах травматологического, хирургического, гинекологического и оториноларингологического профиля не наблюдали. Гнойно-септических осложнений, летальных исходов после выполнения этих операций также не было.

Средняя длительность пребывания в стационаре краткосрочного пребывания после лапароскопических холецистэктомий составила 3 дня, гистерорезектоскопий – 1,5, лапароскопических цистэктомий – 2,2, артроскопий, менискэктомий – 1,1, риносептопластик – 1,8 дня.

Преемственность в работе хирургического стационара с поликлиническим учреждением позволяет иметь внутренний цикл работы, оказывающий своевременную специализированную медицинскую помощь, особенно интенсивно развивающимися малоинвазивными видеоэндоскопическими вмешательствами, существенно снижающими риски осложнений. Развитие стационарзамещающих технологий позволяет повысить результаты лечения в раннем и отдаленном послеоперационном периодах, сократить сроки нетрудоспособности, в следствии преемственности работы диспансерного наблюдения в лечебно-диагностическом центре и центре амбулаторной хирургии - стационаре краткосрочного пребывания.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Елоев М.С., Клипак В.М., Петров И.А., Арапов Д.Б.
ФГБУ «9 Лечебно-диагностический центр» Минобороны России, г. Москва

Обследование и лечение пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата в хирургическом стационаре ФГБУ «9 ЛДЦ» МО РФ проводится с момента его открытия - 1 марта 2009 г. Врачом – травматологом стационара осуществляется консультативный прием пациентов и отбор на оперативное лечение. Клинико-диагностическая база 9 ЛДЦ позволяет в кратчайшие сроки провести дополнительное обследование, такие как: УЗИ, рентгенографию, компьютерную и магнитно-резонансную томографии.

Хирургическое лечение пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата включает как традиционные операции, так и высокотехнологические вмешательства с использованием эндоскопического оборудования. В период с 2009 – 2013гг. в отделении выполнено около 200 артроскопических операций на коленном суставе. Они включали диагностические артроскопии, санационные артроскопии при деформирующем артрозе, порциальные менискэктомии, удаление свободных хондромных тел, стабилизацию надколенника при привычном вывихе и др.

Очевидно, что выполнение операций на суставах при помощи эндоскопического оборудования имеет множество преимуществ в сравнении с «открытым доступом», выполнявшихся ранее. Таковыми являются:

1) снижение травматичности и уменьшение объема оперативного вмешательства;

2) минимальность кровопотери в следствии применения во время операции кровоостанавливающего жгута;

3) артроскопические операции проводятся в водной среде, то есть с применением физиологического раствора, что благоприятно сказывается на состоянии хрящевых поверхностей;

4) имеется возможность осмотра всех отделов сустава при помощи оптики под увеличением 60 раз, а при помощи специальных инструментов можно удалить поврежденные ткани из труднодоступных отделов сустава;

5) реабилитационный период значительно сокращен и не предусматривает ведение пациентов в гипсовой иммобилизации, что позволяет в 3-4 раза быстрее приступить к труду или воинской службе;

6) минимальны интра- и послеоперационные осложнения.

После артроскопических операций имеется возможность ходьбы с полной или частичной нагрузкой на ногу спустя несколько часов, или в редких случаях при помощи опорной трости. Срок госпитализации составляет 1-2 суток. Обязательно проведение реабилитационного лечения, включающего в себя проведение курса лечебной физкультуры и физиотерапевтических процедур, направленных на укрепление мышц и разработку движений в суставе.

Также в стационаре выполняются оперативные вмешательства при переломах костей, разрывов связок и других патологиях с применением прогрессивных современных методик. Например, при свежем разрыве пяточного сухожилия выполняется подкожный шов последнего, то есть отсутствие большого разреза снижает риск возникновения гнойных осложнений и сокращает сроки заживления. При переломах костей выполняется остеосинтез пластинами с ограниченным контактом, что создает условия для меньшей травматизации надкостницы и лучшего сращения костных отломков. Лечение переломов дистального метаэпифиза лучевой кости с применением спице-стержневого аппарата позволяет добиться правильной репозиции отломков, избежать осложнений, связанных с длительным ношением гипсовой иммобилизации и сокращению сроков реабилитации.

Все пациенты наблюдаются в послеоперационном периоде лечащим врачом и, по необходимости, анестезиологом, проводится антибактериальная терапия и профилактика тромбоэмболических осложнений. Реабилитационное лечение на базе ФГБУ «9 ЛДЦ» МО РФ так же возможно благодаря наличию физиотерапевтического отделения и отделения лечебной физкультуры. Преимуществами проведения артроскопических операций и малоинвазивных хирургических вмешательств больным травматолого-ортопедического профиля в условиях стационара краткосрочного пребывания является экономическая целесообразность, преемственность в работе по диспансерному наблюдению с поликлиническими врачами, а качество оказания медицинской помощи не уступает эффективности и безопасности лечения большим стационарам.

АНАЛИЗ САМООЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ И СТЕПЕНИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ БОЛЬНЫХ О ЗАБОЛЕВАНИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Замотаев Ю.Н.
Филиал ФГКУ «Санаторий Архангельское» СКК «Подмосковье», МО РФ, пос. Архангельское

При проведении реабилитации больных после инфаркта миокарда (ИМ) необходимо уделять большое внимание вопросам информированности пациентов о своем заболевании. В связи с этим важным фактом явилось исследование самооценки респондентами своего здоровья как критерия качества их жизни. Учет этой особенности важен для повышения эффективности взаимодействия врача и пациента, а так же определения тактики проводимых мероприятий.

Цель исследования. Обследовано 120 пациентов, проходивших реабилитацию спустя 3-4 недели после ИМ. Оценка функционального состояния, степень информированности о своем заболевании, анализ мотивов проводились по методике медико-социального анкетирования.

Результаты исследования. Анализ самооценки, проведенный на основе анкетирования, спустя три недели после перенесенного ИМ, свидетельствовал, что свыше 70% пациентов оценили свое состояние как удовлетворительное, в то же время 18% - как неудовлетворительное, что соответствует объективным данным обследования. Выяснено, что на профессиональные факторы, отрицательно влияющие на здоровье, указывает 61,7% пациентов, пониженную мотивацию к ведению здорового образа жизни (отсутствие силы воли) – около 50%, вредные привычки – 85,0%, наконец – отсутствие веры в здоровый образ жизни присуще 15,8% пациентам. Пациенты имели преимущественно низкий уровень информированности о заболевании, а также сниженную мотивацию к самостоятельному поиску соответствующей информации о болезни. Как именно нарушается деятельность сердца после перенесенного ИМ, смогли сообщить лишь пациенты, имеющие медицинское образование 5 (6,5%) человек. Выяснено, что для 48,3% наиболее приемлемой формой обучения является беседа с врачом, а 21,6% респондентов отдавали предпочтение чтению популярной медицинской литературы. В 42% случаев пациентов интересовали методы лечения; профилактика заболевания важна была лишь для 17%: респондентов; 15% опрошенных хотели бы знать больше о причинах заболевания; 13% - о правилах самоконтроля, режиме дня, физической активности; 8% - о методах диагностики и 3% респондентов ничто не интересует. Анализ обобщенной оценки степени информированности пациентов позволил выделить три подгруппы: 1) адекватно информированные пациенты - 26 (21,6%) чел. имели представления о реко-

мендуемом образе жизни при ИБС; 2) частично информированные - 69 (57,5%) пациентов смогли назвать диагноз, некоторые принимаемые препараты, в общих чертах; 3) неинформированные - 25 (20,9%) пациентов испытывали сложности в припоминании анамнеза, характера проводимой терапии, суть заболевания описывали лишь фрагментарно.

Выводы. Полученные результаты подтверждают достаточно низкую мотивацию пациентов к влиянию на течение своего заболевания. Требуется активная психотерапевтическая поддержка пациентов при проведении реабилитационных мероприятий.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Замотаев Ю.Н.
Филиал ФГКУ «Санаторий Архангельское» СКК «Подмосковье», МО РФ, пос. Архангельское

После перенесенного инфаркта миокарда продолжают действовать факторы риска ишемической болезни сердца (ИБС), которые влияют на возобновление и течение заболевания.

Цель исследования. Обследовано две группы пациентов, лечившихся в различные периоды после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ). В первую группу вошли 120 пациентов, проходивших реабилитацию спустя 3-4 недели после ИМ, во вторую – 100 пациентов, лечившихся в санатории через 1,5 года после ИМ. Наблюдаемые пациенты - мужчины в возрасте от 42 до 60 лет (средний возраст 54,7 $\pm$ 3,8).

Результаты исследования. В первой группе длительность заболевания ИБС менее 1 года была у 12,5% больных (во 2-ой - 10,0%), от 1 года до 5 лет - у 35,8% (во 2-ой - 34,0%) и свыше 5 лет – у 51,6% и 56,0% соответственно. Среди отмечаемых психотравмирующих ситуаций наиболее часто отмечались: высокое эмоциональное напряжение на работе, серьезные материальные проблемы, конфликты в семье, тяжелые заболевания и смерть родных. При этом на пережитые, в течение предшествующего периода развития инфаркта, стрессовые ситуации указали более 81,6% (во 2-ой - 84,0%) обследуемых. Анализ психотравмирующих ситуаций свидетельствовал, что хронические профессиональные факторы выявлены в 1-ой у 61,7% (во 2-ой - 65,0%), семейно – бытовые у 23,3% (во 2-ой - 21,0%), ситуационные – 15,0% и 14,0% соответственно, но при этом смешанные ситуации оказывали отрицательное влияние у 93,4% и 92,0% пациентов. Установлено, что у 35,8% и 36,0% лиц переносимость физической нагрузки оказалась низкой, что влияло на их социальную активность. Представляет интерес частота распределение факторов риска, с которыми связано развитие заболевания. В обеих группах выявлена отягощённая наследственность по раннему развитию ИБС: в 1-ой - 76,6% больных, во 2-ой - 72,0%. При оценке факторов риска впечатляет высокая связь с наследственностью и типом поведения А, которые с одинаковой частотой (около 70%) встречались в исследуемых группах.

Анализ социо-культурных факторов свидетельствовал о высокой распространенности курения и злоупотребления алкоголем. Среди исследуемых число курящих составило 85,0% (во 2-ой - 86,0%), злоупотребляющих алкоголем – 55,8% (53,0%). Распространенность ожирения среди пациентов выявлена у 46,7% (во 2-ой - 48,0%) чел., из них более половины оказалось в возрастной группе 46-50 лет. Таким образом, среди основных факторов риска наряду с эмоциональным перенапряжением на работе наиболее часто встречались курение, злоупотребление алкоголем, ожирение.

Выводы. Независимо от сроков перенесенного инфаркта миокарда у большинства пациентов сохраняются и продолжают действовать значительное число факторов риска. Следует отметить наличие социо-культурных факторов риска, что свидетельствует о явно недостаточном уровне знаний о своем заболевании и проводимых мер по вторичной профилактике ИБС.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

Иорданишвили А.К.
ФГБУ «Медико-хирургический Центр им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Состояние полости рта отражает возрастные изменения и здоровье человека, его экономический статус. Это предопределяет необходимость интегрального подхода к пожилому человеку, так как кроме стоматологических проблем, необходимо учитывать общесоматический статус, и социально-экономические факторы, влияющие на здоровье пожилого человека, тем более что в старших возрастных группах значительно выше не только заболеваемость, но и количество заболеваний внутренних органов у каждого пациента. В среднем, при обследовании людей пожилого и старческого возраста, определяется 3-5 болезней. И закономерно, что патологические и адаптационные процессы в полости рта у пациентов с отягощенной соматической патологией будут иметь свои особенности, неблагоприятно влияющие на результаты стоматологической реабилитации.

В ходе научных исследований было установлено, что с нарастанием морфологических и функциональных нарушений в процессе развития патологических состояний адаптационно-компенсаторный запрос к системе органов и тканей жевательного аппарата возрастает. В тоже время, увеличивается объём конструкций и стоматологических лечебных мероприятий, необходимых для возмещения утраченных органов. Изучение факторов, определяющих реабилитационный потенциал стоматологических пациентов с мультиморбидными состояниями, показало, что прогностически значимыми при планировании реабилитационных мероприятий являются медико-социальные и общесоматические характеристики пациентов в совокупности с показателями стоматологического статуса. Наличие тесных корреляционных взаимоотношений между медико-социальными, общесоматическими и стоматологическими показателями предопределяет необходимость рассмотрения системного гомеостаза у пациентов с коморбидной патологией при проведении ортопедического стоматологического лечения. При этом наиболее значимой соматической

характеристикой, отражающей медико-социальный и стоматологический статус пациентов, является наличие коморбидных состояний, рост которых приводит к снижению реабилитационного потенциала организма (Е.Т.Гончаренко, 2006).

Использование в практической стоматологии функционально-физиологического подхода при реабилитации пациентов с вторичным сниженным прикусом и полным отсутствием зубов показало, что проблемы стоматологической реабилитации таких пациентов невозможно решить исключительно методами зубного протезирования. Сужение возможности эффективной реабилитации пациентов с декомпенсированной патологией, как результат возрастания объема реабилитационных стоматологических мероприятий и снижения адаптационно-компенсаторных возможностей, поднимает эту проблему с системного на организменный уровень. Получены научные факты, свидетельствующие о глубокой взаимной обусловленности состояния соматического статуса и заболеваний органов челюстно-лицевой области (А.А.Сериков, 2013; М.И.Музыкин, 2013). Последнее десятилетие поставило в стоматологии проблему выделения особого понятия о хроническом стоматологическом эндотоксикозе. Доказано, что при таком рассмотрении этой проблемы следует говорить о хронических воздействиях малой интенсивности, приводящих через годы к неспецифическим изменениям органов и систем, снижению общей резистентности организма. Декомпенсированные состояния жевательного аппарата, приводящие к нарушению энтерального питания, и действие токсически агрессивных конструкционных стоматологических материалов - это процессы, дающие малый хронический экзотоксикоз, приводящий в дальнейшем к эндотоксикозу. Именно поэтому меры метаболического ответа на стоматологическую патологию и конструкционные материалы явились предметом углубленного изучения (Д.В.Абрамов, А.К.Иорданишвили, 2011). Весьма перспективным оказалось направление исследований по токсикологической оценке материалов, используемых в стоматологии, по регистрации изменений метаболического статуса веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ) и олигопептидов (ОП) в параллельно взятых крови, слюне и моче. В случае острой патологии, сопровождающейся активацией процессов метаболизма оба показателя (ВНиСММ и ОП) возрастают. При хронизации патологии на фоне гипометаболизма - оба показателя становятся существенно ниже физиологических значений. Поэтому, чувствительность выбранных характеристик метаболического статуса обмена к изменениям в организме, позволяет считать эти показатели маркерами эндогенной интоксикации. Кроме того, было отмечено, что уровень ВНиСММ мочи и слюны имеют одинаковую направленность, а отсутствие выделения этих веществ почками и слюнными железами приводит к возрастанию концентрации в крови и появлению синдрома эндогенной интоксикации. Аналогичная прямая корреляция зависимости отмечена между содержанием олигопептидов в плазме крови и выделением с мочой. Проявление и развитие синдрома эндогенной интоксикации возрастает тем быстрее, чем несовершеннее системы и органы детоксикации: печень, почки, желудочно-кишечный тракт, легкие. В такой ситуации легко возникает тот порочный круг, который так часто встречается у стоматологических пациентов: патология организма осложняет течение болезни в полости рта и, наоборот, патология в ротовой полости поддерживает заболевание организма.

Проведенные клинические исследования показали, что именно в пожилом и старческом возрасте заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречаются чаще и протекают более тяжело (А.К.Иорданишвли и соавт., 2012), что обусловлено анатомическими изменениями в ВНЧС, которые сопровождают частичную и полную утрату зубов, аномалии положения зубов и прикуса, а также возрастными изменениями ВНЧС (В.В.Самсонов, 2012). Это проявляется уменьшением линейных размеров головки нижней челюсти, глубины суставной ямки, высоты суставного бугорка, а также снижением толщины и прочности капсулы ВНЧС. Именно такие изменения в суставе требуют комплексного подхода к реабилитации людей старших возрастных групп с заболеваниями ВНЧС, где функциональной терапии, лечебной физкультуре (А.Амро, 2013), а также пептидным биорегуляторам типа Сигумира, как элементу фармакотерапии, должно отводиться важное место при любой степени тяжести течения патологии ВНЧС (В.В.Самсонов, 2012).

У людей пожилого и старческого возраста с мультиморбидными состояниями чаще встречается патология слизистой оболочки полости рта и языка (СОПРиЯ). Важная роль в оптимизации адаптационного ресурса зависит от состава и свойств смешанной слюны, изменения которой возникают с возрастом и усиливаются при её воспалительной и реактивно-дистрофической патологии, слюннокаменной болезни, а также заболеваниях СОПРиЯ (Е.В.Филиппова, 2013). Нормализация состава и свойств слюны, у людей старших возрастных групп с мультиморбидными состояниями, возможна при включении в комплексную фармакотерапию заболеваний органов и систем организма человека биокорректоров питания и пептидных биорегуляторов, улучшающих гемомикроциркуляцию. Поэтому, в таких сложных клинических ситуациях, когда у пациентов с коморбидной патологией при наличии дефектов зубных рядов и вторичных изменений прикуса, парестетических и болевых синдромов отмечаются проблемы адаптации к стоматологическим конструкциям, следует говорить о вовлечении в процесс и нарушении регуляторных механизмов. Только комплексная оценка, учитывающая суммарные показатели физического состояния, кумулятивный рейтинговый индекс заболеваний у пациентов с коморбидной патологией, отражает их реабилитационный потенциал и прогноз ортопедического стоматологического лечения, как завершающего этапа стоматологической реабилитации.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ФИЗИОТЕРАПИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Карабач И.В.[1], Юдин В.Е.[1], Мягков Ю.А.[1], Кочетов А. Г.[2], Аникеев А.И.[1]
[1]Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
[2]ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ, пос. Новый

Признаваемая зарубежными и отечественными практикующими урологами сложность и нерешенность проблемы лечения больных хроническим простатитом (XII) предполагает дальнейшее проведение научных исследований, направленных на

улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам, страдающим этим крайне распространенным заболеванием мужской половой сферы. Доказана необходимость комплексной терапии в лечении больных ХП, при этом использование физических факторов значительно повышает успешность такого лечения и продлевает период ремиссии.

На основании исследований было доказано, что применение «местных» физиотерапевтических факторов целесообразно сочетать с применением средств и методов, корригирующих физиологические процессы на системном и организменном уровне.

На наш взгляд, патогенетически обоснованным является комбинированное применение наиболее эффективных физических факторов местного действия с общестимулирующими процедурами, причем поскольку для различных физических факторов общего и местного действия характерны разнонаправленные механизмы оздоравливающих эффектов, то подбор комбинаций факторов, обладающих синергичным, взаимодополняющим и взаимопотенцирующим действием, должен лежать в основе комбинированного их использования.

Целью исследования было охарактеризовать различные виды физического воздействия, в различных их комбинациях и оценить их значение в комплексной терапии больных ХП. Оценивались физиологические механизмы и различные изменения в результате применения различных видов физиотерапии, а также эффективность лечения больных ХП.

Всего в ретроспективу было включено 420 больных, которые были разделены на контрольную и основные группы. У больных контрольной группы было проведено традиционное комплексное лечение, включавшее медикаментозную терапию и сочетанное физиотерапевтическое воздействие (КАП ЭЛМ-01 «Андро-Гин»). У больных основных групп аналогичная терапия была дополнена включением ГБО, а также НГТ', либо цикла подострых тепловых воздействий, либо АКТ. Медикаментозное лечение во всех группах было стандартным. Комплекс КАП ЭЛМ-01 «Андро-Гин» включал низкоинтенсивное лазерное излучение, магнитотерапию, электростимуляцию - транеректально, нейростимуляцию, цветоритмотерапию. ГБО проводилась в оксибарокамерах; НГТ проводилась с использованием гипоксикаторов отечественного производства. Курс экзогенных тепловых воздействий моделировался с использованием термокамеры – «альфа-капсула», а циклические криотермические воздействия производились в специально оборудованной криокамере (КАЭКТ-01-«КРИОН», Россия. Все физические воздействия применялись по разработанным режимам, при этом разноуровневые физические факторы действовали одновременно, то есть оказывали сочетанное действие.

У всех больных перед началом лечения, сразу после его окончания, а также через 3 и 6 мес. было проведено комплексное исследование, включавшее клинические, физиологические, лабораторные, инструментальные и психофизиологические методы исследования.

Оптимизирующее влияние сочетания различных видов физиотерапии на эффективность лечения больных ХП связано с воздействием на основные патогенетические механизмы заболевания, такие как андрогенный дефицит, воспалительные процессы в предстательной железе (ПЖ), состояние антиоксидантной

системы и секреторной функции ПЖ, а также положительным воздействием на психоэмоциональный статус. Необходимо отдельно отметить снижение выраженности аутоиммунных нарушений; уровня ПСА; улучшение функции сперматогенеза и сексуальной функции.

Перечисленные причины позволяют рассматривать все эти виды физиотерапии в качестве весьма эффективного и перспективного метода патогенетического лечения и реабилитации больных ХП в составе комплексной терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАП-ЭЛМ-01 «АНДРО-ГИН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И НЕЙРОГЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ФИЛИАЛА № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им.А.А.ВИШНЕВСКОГО» МИНОБОРОНЫ РОССИИ

Карабач И.В.[1], Юдин В.Е.[1], Карасева А.В.[1], Мягков Ю.А.[1], Кочетов А.Г.[2]
[1]Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
[2]ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ, пос. Новый

Целью нашего исследования являлось проведение сравнительной оценки эффективности используемого нами в лечении пациентов, страдающих стрессовым недержанием мочи, нейрогенным мочевым пузырем на фоне основного неврологического заболевания – спинальные травмы и перенесенные оперативные вмешательства на органах малого таза и позвоночнике, комплекса аппаратно-программного КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин». Принцип действия физиотерапевтического аппарата основан на комплексном воздействии низкоинтенсивного лазерного и светодиодного излучения, локального магнитного поля, электрической стимуляции органов малого таза, нейростимуляции патогенных зон, а также цветоимпульсной терапии.

Проведение исследования за период с 2009-2013гг основывалось на лечении 300 мужчин и женщин в возрасте от 22 до 58 лет, длительность заболевания которых составила от 4 месяцев до 3 лет. Клиническую группу с использованием в комплексном лечении КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» составили больные с нейрогенным мочевым пузырем (98), дизурическими расстройствами при стрессовом недержании мочи (62), контрольную группу – 86 и 54 соответственно. Пациентам всех групп проводилась комплексная этиопатогенетическая терапия, использовались средства для улучшения микроциркуляции, нейротропная терапия и ЛФК. Кроме того, лечение дополнялось различными модификациями физиотерапии.

В клинической группе на фоне фармакотерапии проводилось лечение с использованием КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» количество сеансов, выбор параметров и времени зависели от индивидуального течения заболевания. В этой группе результаты

лечения показали появление позывов к самостоятельному мочеиспусканию и реализацию возможности мочеиспускания вытуживанием мочи и, как следствие, возможность избегания катетеризации мочевого пузыря или удаления длительнофункционирующих уретральных катетеров у 78 пациентов (79,6%). В контрольной группе изменения качества мочеиспускания у 32 больных (37,2%). Отсутствие дизурических расстройств при стрессовом недержании мочи у 35 человек (56,5%) в клинической группе, в контрольной – 16 (29,6%), уменьшение – 20 (32,3%).

Таким образом, полученные результаты показали высокую эффективность в комплексной терапии пациентов страдающих стрессовым недержанием мочи, нейрогенным мочевым пузырем при спинальных травмах и перенесенных оперативных вмешательствах на органах малого таза и позвоночнике, комплекса аппаратно-программного КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин».

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЦЕЛЕ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФИЛИАЛА № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ ИМ. А.А. ВИШНЕВСКОГО» МИНОБОРОНЫ РОССИИ

Карабач И.В.[1], Юдин В.Е.[1], Дударев В.В.[1], Мягков Ю.А.[1], Кочетов А.Г.[2]
[1]Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
[2]ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ, пос. Новый

Малоинвазивные эндоскопические методы оперативного лечения особенно актуальны в современной клинической практике. В настоящее время повышенный интерес урологов-андрологов к варикоцеле, или варикозному расширению вен семенного канатика, обусловлен разными причинами. Во-первых, данное заболевание довольно часто встречается, составляя в общей популяции 10-16%, при этом в 30-40% случаев варикоцеле диагностируется среди пациентов с нарушенной фертильностью. Во-вторых, доказано отрицательное влияние варикоцеле на бесплодие, что представляет собой важную проблему как в медицинском, так и в социальном аспекте.

Единственным методом лечения варикоцеле признан оперативный, основанный на прерывании рефлюкса в венозное сплетение яичка для восстановления нарушенной гемодинамики. Существуют различные методы оперативного лечения. Несмотря на достаточно большое их количество, имеются достоинства и недостатки их методик, эффективность и целесообразность оперативного лечения варикоцеле при мужском бесплодии. К сожалению, единое мнение по этому вопросу отсутствует. Многие исследования указывают, что успех терапии зависит от применяемого метода и технического выполнения операции.

Одним из способов лечения варикоцеле является лапароскопическая окклюзия яичковой вены при варикозном расширении вен семенного канатика. Лапароскопическая окклюзия имеет ряд преимуществ перед традиционными операциями, особенно в случаях двухстороннего варикоцеле, когда при открытых операциях требуется дополнительный разрез. Высокая эффективность методики объясняется тем, что использование

лапароскопии позволяет более тщательно идентифицировать все анатомические структуры, включая мелкие дополнительные венозные сосуды на уровне слияния в один сосудистый пучок у внутреннего кольца пахового канала, лигировать их раздельно и, тем самым, избежать возможного ложного рецидива варикоцеле.

Минимальная хирургическая травматичность этой операции обуславливает косметический эффект, отсутствие раневых осложнений, короткий послеоперационный период, отсутствие необходимости дополнительной послеоперационной терапии и раннюю реконвалесценцию больных с восстановлением полной трудоспособности в короткие сроки.

С октября 2009 года по настоящее время в урологическом отделении филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского Минобороны России» выполнено 122 эндоскопических вмешательства: лапароскопические окклюзии яичковых вен по поводу варикозного расширения вен семенного канатика, лапароскопические резекции яичников и удаление придатков матки при кистозных дегенерациях, внутреннее стентирование мочеточников при мочекаменной болезни, диагностические цистоскопи.

Нами выполнены две лапароскопических нефрэктомии у больных с вторично сморщенной почкой. Оперативные вмешательства проводились под общей анестезией с применением эндоскопической аппаратуры фирмы “Шторц”, Германия. Послеоперационный период характеризовался незначительным болевым синдромом, что в редких случаях требовало назначения ненаркотических анальгетиков. Больные активизировались в день операции. Осложнений в послеоперационном периоде и рецидива заболевания не отмечено.

Выводы:

1. Лапароскопический метод лечения больных урологического и гинекологического профиля является надежным, менее травматичным вмешательством, чем традиционные.

2. Метод лапароскопии достаточно прост для освоения и заслуживает широкого внедрения в клиническую практику, он позволяет сократить пребывание больного в стационаре и ускорить трудовую реабилитацию.

3. Уровень имеющейся квалификации врачей филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им.А.А.Вишневского Минобороны России» позволяет выполнять эндоскопические операции наиболее сложных нозологий. Проведение подобных вмешательств требует соответствующее современным требованиям оснащение учреждения эндоскопическим оборудованием и расходными материалами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ

Клевцевич А.В., Чурсин В.В., Глуцкий С.А., Калашников А.Л., Цепелева Г.С.
Филиал № 4 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО РФ, г. Краснознаменск

Аппендикулярные инфильтраты являются вторым по частоте осложнением острого аппендицита. По данным разных авторов частота аппендикулярных инфильтратов состав-

ляет от 0,3 до 7,5% (Колесов В.И.,1959; Иванов Г.И., 1968; Краковский А.И, Уткина А.И., 1981; Ерюхин И.А., Урманичев А.А., 1982; Ротков И.Л., 1988), нередко аппендикулярный инфильтрат осложняется абсцессом. Абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат, относящийся к категории осложнений острого воспаления червеобразного отростка, часто приводит к развитию разлитого перитонита, особенно при задержке с его дренированием.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с абсцедирующим аппендикулярным инфильтратом используя видеолапароскопическую поддержку.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 16 пациентов с аппендикулярным инфильтратом. Пациенты поступали в госпиталь в сроки от 6-и до 20 дней от начала заболевания. У 14 пациентов диагностирован аппендикулярный инфильтрат в стадии абсцедирования. Этим пациентам была выполнена экстренная операция - вскрытие, дренирование абсцесса с видеоподдержкой под общей анестезией. У 2 пациентов признаков абсцедирования аппендикулярного инфильтрата не выявлено. Этим больным была проведена интенсивная консервативная терапия, по окончании которой они были выписаны домой с рекомендацией явиться на плановую операцию через 3-4 месяца.

Дренирование абсцедированого аппендикулярного инфильтрата проводилась по разработанной нами методике. Сначала пациенту осуществлялась диагностическая лапароскопия по стандартной методике с ревизией органов брюшной полости и правой подвздошной области. Как правило, при данной патологии в правой подвздошной области обнаруживался плотный инфильтрат (внешняя, визуализирующаяся часть) состоящий из червеобразного отростка, большого сальника, слепой кишки, петли тонкой кишки, а у женщин нередко вовлекались правые придатки. Визуально отмечалась гиперемия, наложения фибрина на париетальной брюшине, покрывающей боковую стенку живота и малый таз. В дальнейшем видеолапароскопия использовалась для наблюдения за действиями хирурга, работающего внебрюшинно в правой подвздошной области, возможным повреждением париетальной брюшины и опорожнением абсцесса в свободную брюшную полость.

Для внебрюшиного доступа к аппендикулярному абсцессу делался разрез в правой подвздошной области ближе к крылу подвздошной кости и осуществлялся поэтапный доступ к абсцессу. Подсветка из брюшной полости позволяла четко ориентироваться в тканях, судить о распространенности процесса и объеме абсцесса. Вскрытие полости абсцесса осуществлялось так же под контролем видеолапароскопии. При этом хирургом тупо пальцем разрушалась оболочка абсцесса, а затем электроотсосом удалялось его содержимое. После этого осуществлялась тщательная санация полости абсцесса антисептическими растворами и дренирование её трёхиросветным дренажом с последующим активным промыванием растворами антисептиков в послеоперационном периоде. Со стороны брюшной полости в малый таз устанавливался 0,5 см дренаж. Рана в правой подвздошной области не зашивалась, а рыхло тампонировалась с водорастворимой мазью. Через сутки производилась перевязка под наркозом со сменой тампонов в ране.

С момента постановки диагноза всем больным проводилась комплексная, консервативная терапия, которая включала внутривенные инфузии антибиотиков (цефалоспорины 3-4 поколений, метрогил), инфузионную терапию, симптоматическую терапию, контроль лабораторных показателей, УЗИ-мониторинг. В зависимости от

клинической ситуации, дренаж из брюшной полости удалялся на 1-2 сутки, из полости абсцесса и раны на 5-6 сутки с последующим ведением на тампонах с водорастворимой мазью и закрытием послеоперационной раны.

В наших наблюдениях в 2 случаях произошло частичное опорожнение полости абсцесса в брюшную полость, что потребовало дополнительной интраоперационной санации и дренирования. Наличие видеолапароскопа в полости брюшины позволяло тотчас диагностировать осложнение и принять срочные меры. В таких случаях помимо дренирования полости абсцесса и раны устанавливался дренаж в правый боковой канал (между правой боковой стенкой живота и инфильтратом). В одном наблюдении из-за невозможности вскрыть абсцесс внебрюшинным доступом, вследствие выраженной плотности стенки инфильтрата и медиального расположения червеобразного отростка, вскрытие абсцесса производилось в брюшную полость с последующей плановой санацией полости брюшины. В данном наблюдении на следующий день после операции выполнялась плановая ревидеолапароскопия, ревизия брюшиной полости и её санация. Во время повторной ревидеолапароскопии в брюшной полости, выполненной через сутки, обнаружено незначительное скопление серозной жидкости в малом тазу, брюшина во всех отделах была блестящей, без фибринозных наложений. Продолжена консервативная терапия и по выздоровлении пациент выписан домой.

Всем больным во время выписки рекомендовалась операция - аппендэктомия через 3-4 месяца. Однако до указанного срока времени в стационар с рецидивом повторно поступили 2 пациентки, у которых был диагностирован повторный плотный аппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования. Обеим пациенткам была проведена консервативная терапия с положительным эффектом, и они были выписаны домой. При поступлении на плановое хирургическое лечение всем пациентам, перенесшим абсцеди-рующий аппендикулярный инфильтрат, перед операцией проводилась колоноскопия, УЗИ органов брюшной полости, ирригоскопия. Плановая аппендэктомия выполнялась у всех шестнадцати пациентов только комбинированным видеолапароскопическим методом под общим обезболиванием. Во время выполнения операции, как правило, отмечался спаечный процесс в илеоцекальной области, который не создавал существенных препятствий для осуществления аппендэктомии. Все пациенты были прооперированы в срок от 3 до 6 месяцев после первой операции и выписаны здоровыми.

Выводы:

1. Использование видеолапароскопической поддержки при лечении абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата позволяет адекватно и надежно санировать гнойный очаг, сохраняя интактной полость брюшины.

2. В случае выраженной плотности стенки инфильтрата и медиального расположения червеобразного отростка, вскрытие абсцесса следует производить через брюшную полость, используя в последующем динамическую ревидеолапароскопию и санацию полости брюшины. Число динамических ревидеолапароскопий и последующих санаций полости брюшины зависит от выраженности воспалительного процесса и характера выпота.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОТОРНОГО КОМПОНЕНТА РЕЧИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В БАССЕЙНЕ ЛЕВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ, С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕХАНОКОМПЛЕКСА «ARMEO»

Климко В.В., Аннушкин А.Д., Кондукова Е.А., Лагутина М.Н., Иванихина С.В, Карасева А.В.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Речевые движения являются одним из видов произвольных движений. Центр Брока, расположенный в премоторнолобных отделах мозга, является центральным звеном моторного компонента речи, регулирует голосовой аппарат (голосовые связки, мышцы гортани), управляет речевой и дыхательной мускулатурой, формирует двигательную программу речевого высказывания. Нарушение деятельности центра Брока вследствие развития ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии (ЛСМА) является полная или частичная утрата уже сформировавшейся устной речи (моторная афазия). Нейроны нижней премоторной и моторной областей, которые реализуют моторный компонент речи, имеют общие характеристики и происхождение с другими нейронами моторной коры, осуществляющими прочие моторные акты. Величина проекции кисти (зона проекции составляет более трети коры) и ее близость к моторной речевой зоне могут служить обоснованием положительного влияния тренировки тонких движений пальцев рук на развитие моторного компонента речи, формирование новых рефлекторных связей, закрепляемых в центре Брока.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния занятий на механокомплексе «Armeo» на восстановление моторного компонента речи у больных, перенесших ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии (ЛСМА).

В исследование были включены 20 больных, средний возраст которых составил 56лет ± 3,8, находившихся в позднем восстановительном периоде (от 6 месяцев до 1 года). В зависимости от программы реабилитации больные были разделены на две группы по 10 человек: основную (ОГ) и контрольную (КГ). Группы были однородны по возрасту, длительности заболевания и клиническим проявлениям. Больным ОГ проводилось стандартизированное восстановительное лечение (лечебная физкультура, физиотерапия, иглорефлексотерапия, медикаментозное лечение ноотропными препаратами, логопедический массаж артикуляторной мускулатуры и артикуляционная гимнастика, логопедические занятия) с включением занятий на механокомплексе «Armeo». Больные КГ получали комплексное восстановительное лечение, но без применения механокомплекса «Armeo».

«Armeo» сочетает в себе регулируемую поддержку руки, с расширенной обратной связью и большим 3D рабочим пространством, что позволяет осуществлять упражнения функционально направленной терапии в виртуальной реальности. Функциональный тренинг осуществляется в игровой анимационной форме, тренирующие игровые программы являются пространственно-ориентированными. Занятия проводились 5 раз в неделю, один раз в день, продолжительностью процедуры 30 минут, при этом продолжительность каждого игрового тренинга составляла в среднем 3 минуты.

Всем больным проводился неврологический осмотр, логопедический осмотр с применение методики качественной оценки речи (КОР): оценка импрессивной, экспрессивной речи, оценивалось состояние функций чтения, письма, исследовался праксис, зрительный, оптико-пространственный, лицевой и слуховой гнозисы, проводились кинестетические и кинетические пробы, доступность счетных операций и памяти. Психофизиологические методы исследования включали в себя индекс активности повседневной жизни Бартела, для оценки тревоги и депрессии использовалась шкала депрессии Бека, для оценки тревожности тест Спилберга-Ханина, тест «Качество жизни».

В результате оптимизации реабилитационной программы с применением механокомплекса «Armeo» у больных ОГ при оценке речевого дефекта у 60% больных выявлено значительное улучшение по всем объективным показателям речевой составляющей в виде повышения показателей высших психических функций. Динамика в речевом статусе у пациентов ОГ составила следующее соотношение показателей по методике КОР: увеличение показателей на 32-35 баллов по сравнению с первичными показателями. В экспрессивной речи улучшились возможности структурирования собственной фразы, регрессировали трудности артикуляторных переключения в словах сложной слоговой структуры, со стечением согласных; в импрессивной речи - возможности понимания сложных логико-грамматических конструкций, текстов со скрытым сюжетом, значительно улучшились возможности чтения и письма. В КГ на 12-17 баллов, что по объективным показателям КОР выглядит следующим образом: лишь 15% пациентов со значительным улучшением в речевом статусе и 45% - с незначительным улучшением. Зарегистрировано снижение показателей тревоги в ОГ с определением положительной динамики теста Спилберга: снижение с 43,6±4,3 баллов до 24,6±1,3 балла. Выраженная депрессия по шкале Бека под воздействием проведенного лечения в ОГ перешла в разряд субдепрессии 12,3±2,1. при анализе суммарного показателя качества жизни пациентов в ОГ выявлено его повышение до 2,1+0,62, что говорит о повышении удовлетворенности больных уровнем своего физического и психического благополучия.

В результате проведенного исследования установлено, что формирование и восстановление моторного компонента речи повышается при целенаправленных тренировках мышечных движений кисти, что повышает мотивацию пациента к участию в реабилитационном процессе, способствует улучшению самочувствия, настроение, повышает повседневную активность.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ БОТУЛОТОКСИНА И МЕХАНОТЕРАПИИ

Климко В.В., Аннушкин А.Д., Кондукова Е.А., Лагутина М.Н., Карасева А.В.
Филиал № 2 ФГБУ «3ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Двигательные нарушения после перенесенного инсульта чаще всего проявляются гемипарезом с повышением мышечного тонуса по типу спастичности. Спастический

мышечный гипертонус характеризуется возникновением увеличивающегося сопротивления при первых быстрых пассивных движениях и затем внезапном уменьшении его - феномен «складного ножа» по Шеррингтону, выражен больше в сгибателях руки и разгибателях ноги. Если постинсультный парез сохраняется более 6 месяцев, то могут возникнуть структурные изменения сегментарного аппарата спинного мозга, которые способствуют прогрессированию спастичности, также развиваются вторичные изменения в мышцах, сухожилиях и суставах (фиброз, атрофия, контрактура), что затрудняет уход за обездвиженным больным и иногда сопровождается болезненными мышечными спазмами.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния сочетанного применения ботулотоксина и роботизированной механотерапии на выраженность постинсультной спастичности.

В исследование были включены 16 больных, средний возраст которых составил 54±2,8 лет, находившихся в раннем восстановительном периоде (до 6 месяцев). В зависимости от программы реабилитации больные были разделены на две группы по 8 человек: основную (ОГ) и контрольную (КГ). Группы были однородны по возрасту, длительности заболевания и клиническим проявлениям. Больным ОГ проводилось стандартизированное восстановительное лечение (лечебная физкультура, лечение положением, массаж, тепловое воздействие на спастические мышцы, иглорефлексотерапия, медикаментозное лечение) с включением в него локомоторных занятий на роботизированном комплексе «Локомат» и инъекции ботулотоксина типа А в мышцы нижней конечности. Роботизированной комплекс «Локомат» состоит из «бегущей дорожки», системы разгрузки массы тела и симметричных наружных ортезов- двигателей, осуществляющих движения тазобедренных и коленных суставов. В начале курса обучения ходьбе роботы-ортезы обеспечивают пассивные движения в нижних конечностях, имитируя шаг, а по мере восстановления движений доля активного участия больного в локомоции увеличивается. Образец ходьбы, сила сопротивления движению, уровень поддержки массы тела подбирался индивидуально для каждого пациента. Вертикальная разгрузка в первые процедуры составляла в среднем 64,6±3,7 %, средняя скорость движения беговой дорожки – 1,5±0,2 км/ч. По мере адаптации к комплексу «Локомат» доля активного участия больного в локомоции увеличивалась за счет уменьшения процента вертикальной разгрузки и увеличения скорости беговой дорожки. Время тренировки постепенно увеличивалось с 15-20 до 30 минут. Сеансы роботизированной реконструкции ходьбы проводились 5 дней в неделю, курс лечения составил 15-17 дней. Инъекции ботулотоксина типа А проводились в четырехглавую мышцу бедра парализованной ноги в общей дозе 300 ЕД и предшествовали курсу восстановительного лечения. Больные КГ получали комплексное восстановительное лечение с применением миорелаксантов и механотерапии на аппарате «MOTOmed», но без инъекций ботулотоксина. Динамическое исследование пациентов ОГ и КГ проводилось в позднем восстановительном периоде (от 6 месяцев до 1 года) с повторным проведением подобранной программы реабилитации.

Всем больным проводился неврологический осмотр с использованием 6-бальной шкалы оценки мышечной силы, выраженность постинсультной спастичности по шкале Ашворта, максимальное расстояние при ходьбе в течение 2-х минут, шкала

функциональной мобильности, оценка баланса в положении стоя по Боханнон, индекс активности повседневной жизни Бартела. Для оценки уровня тревоги использовался тест Спилберга – Ханина, тест «Качество жизни».

В результате оптимизации реабилитационной программы с сочетанным применением инъекций ботулотоксина и механотерапии у больных ОГ отмечена более выраженная положительная динамика по всем показателям. В конце исследования в ОГ спастичность уменьшилась по шкале Ашворта на 3 балла у 5больных (62.5%), на 2 балла – у 2 больных (25%). Прирост мышечной силы в парализованной ноге по 6-балльной шкале в ОГ составил: на 3 балла – у 2 больных (25%), на 2 балла – у 4 больных (50%). При оценке баланса в положении стоя по Боханон в ОГ прирост на 2 балла у 5 больных (62.5%), на 1 балл у 3 (37.5%). Функциональная мобильность возросла на 2 балла у 4 больных (50%), на 1 балл у остальных пациентов ОГ. Максимальное расстояние при ходьбе в течение 2-х минут в среднем увеличилось в ОГ со 122 метров до 140 метров. В среднем общий балл по индексу Бартел увеличился на 5,3 балла в ОГ и только на 1,7 балла в КГ. У больных ОГ зарегистрировано снижение показателей тревоги (тест Спилберга-Ханина) с 43.6±4.3 балла до умеренной тревоги – 35.4±3.1 балла. При анализе суммарного показателя качества жизни пациентов в ОГ выявлено его повышение до – 2,1±0,62 балла, что говорит о повышении удовлетворенности больных уровнем своего физического и психического благополучия. Также все пациенты ОГ отмечали уменьшение боли в мышцах парализованной конечности при ходьбе. В КГ группе также выявлена положительная динамика, наименее выраженная по следующим показателям: спастичность, максимальное расстояние при ходьбе за 2 минуты, функциональная мобильность, индекс Бартела, «Качество жизни». При проведении повторного курса реабилитационного лечения в позднем восстановительном периоде в ОГ, по сравнению с КГ, выявлена положительная динамика преимущественно по показателям: снижение спастичности в парализованной ноге, увеличение расстояния, пройденного за 2 минуты, также отмечено снижение показателей уровня тревоги. Все больные ОГ также отмечали уменьшение боли в мышцах при ходьбе, также в ОГ только у 1 больного (12,5%) сформировалась динамическая контрактура в парализованной ноге, в то время как в КГ у 6 (75%) сохранялись жалобы на боли в покое и при ходьбе в мышцах парализованной ноги и у 5 больных (62,5%) сформировались динамические контрактуры парализованной конечности. Однако динамика показателей в позднем восстановительном периоде была менее отчетлива по сравнению с показателями пациентов, получающих комплексное восстановительное лечение с применением ботулотоксина и механотерапии в раннем восстановительном периоде.

Таким образом, проведенное исследование показало, что ботулинотерапию, наряду с механотерапией, следует рассматривать как важную составляющую реабилитационного лечения постинсультной спастичности, эффективность которой достоверно выше при лечении на раннем восстановительном периоде, сочетание этих методов позволило достичь стойкого обезболивающего эффекта, уменьшения динамической контрактуры парализованной ноги в позднем восстановительном периоде, повышало устойчивость вертикальной позы, увеличивало скорость ходьбы, повышало мотивацию пациента на лечение, способствовало значительному регрессу нарушений в эмоциоально-волевой сфере.

ОБУЧЕНИЕ В АДЪЮНКТУРЕ И ОРДИНАТУРЕ НА КАФЕДРЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ФГКУ «МУНКЦ ИМ.П.В.МАНДРЫКА» МО РФ

Климко В.В., Щегольков А.М, Ярошенко В.П.
Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ, г. Москва

Реабилитационное направление здравоохранения и научной медицины существует наряду с направлениями профилактическим и лечебно-диагностическим. В последние годы оно особенно интенсивно развивается, привлекая внимание и в научно-педагогическом аспекте.

Последипломная подготовка специалистов на кафедре медицинской реабилитации и физических методов лечения представлена адъюнктурой и ординатурой по специальности терапия, с 2003 года – ординатурой по специальности физиотерапия.

В 1992 году на кафедре началось обучение офицеров медицинской службы в адъюнктуре, обучение прошли 4 человека. Первый адъюнкт кафедры майор медслужбы В.П.Ярошенко (1992-1995 г.) по окончанию адъюнктуры назначен на должность преподавателя кафедры, затем проходил службу в должности заместителя начальника кафедры, в настоящее время доктор медицинских наук, профессор заместитель начальника филиала № 2 3 ЦВКГ по клинико-экспертной работе. Второй адъюнкт кафедры капитан медслужбы Климко В.В. (1995-1998 г.) по завершению обучения назначен на должность преподавателя кафедры, в дальнейшем – старший преподаватель-руководитель дисциплины традиционных методов лечения, в настоящее время профессор кафедры, доктор медицинских наук, доцент. Капитан медслужбы Марочкина Е.Б. (1999-2002г.) по окончанию адъюнктуры - преподаватель кафедры, доцент, в настоящее на педагогической работе в 1 ММИ им. Сеченова, кандидат медицинских наук, доцент. Капитан медслужбы Мандрыкин С.Ю. (2003-2006г.) по окончанию адъюнктуры преподаватель кафедры, в настоящее время доцент кафедры, кандидат медицинских наук.

Обучение в клинической ординатуре началось с первых дней организации кафедры в 1983 г. За 30 лет подготовку прошли 46 ординаторов. Подготовка ординаторов на кафедре проводится по специальности терапии, при этом обучаемым предоставлена возможность углубленного изучения физиотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры, иглорефлексотерапии, мануальной терапии и других немедикаментозных методов лечения. Кроме этого, слушатели ординаторы изучают вопросы частной реабилитации в циклах медицинская реабилитация для врачей кардиологов, пульмонологов, гастроэнтерологов, травматологов, что позволяет детально рассматривать и вопросы диагностики фаз ремиссии и реконвалесценции, принципы формирования реабилитационных программ при различных видах патологии, принципы оценки результатов медицинской реабилитации и другие частные вопросы.

Преподавание проводится на базе крупных военных госпиталей, поликлиник, санаториев располагающих отделениями восстановительного лечения, для отработки особенности работы этапов медицинской реабилитации.

Клиническое преподавание включает чтение клинических лекций, которые, не являются пересказом учебных пособий, а носят проблемный характер, проводятся

клинические разбор конкретных больных с построением и обоснованием реабилитационных программ, как основы изучения программных вопросов. Итогом разбора становится коллективно выработанная реабилитационная программа больного.

Практические занятия служат для закрепления учебного материала. Они включают курацию тематических больных на правах субординаторов с отработкой методов реабилитации, составлением реабилитационных программ и оценкой эффективности.

Самостоятельная работа слушателей требует, прежде всего, отработки учебной и специальной литературы по списку, предлагаемому кафедрой. На практических занятиях, по ходу докладов слушателей о курируемых больных, преподаватель оценивает итоги самостоятельной работы.

По нашему опыту значительно повышают эффективность обучения деловые игры, сценарий которых разрабатывается для каждого из этапов медицинской реабилитации. Деловые игры, как правило, проводятся в конце изучения учебного курса.

В ходе обучения в каждом из циклов слушатели пишут рефераты по заданным темам с анализом проработанной литературы и, желательно, со ссылками на собственный опыт. По узловым темам проводятся семинары со слушателями.

На зачетах (экзаменах) оценивается усвоение теоретического материала, проводится тестовый контроль, кроме того, по нашему опыту, мы полагаем целесообразным проводить итоговые конференции с заслушиванием рефератов и их обсуждением.

Высокий профессиональный уровень подготовки выпускников кафедры определил их востребованность на различных должностях и в различных звеньях системы медицинского обеспечения ВС РФ.

В санаторно-курортную систему медицинской службы ВС РФ были распределены следующие ординаторы:

капитан медслужбы Шитов П.Л. (1984-1986) - ординатором медицинского отделения ЦВКС «Ахангельское», в последующие годы – начальник геронтологического отделение ГШ ВС РФ.

капитан медслужбы Мацкуляк Я.В. (1985-1987) - старшим ординатором отделения восстановительного лечения Звенигородского военного санатория, в последующем заместитель начальника санатория - начальник медицинской части, в настоящее время работает в гражданском здравоохранении.

капитан медслужбы Горожанин В.А. (1986-1988) - начальником физиотерапевтического отделения Марфинского ЦВКС, в последующем начальник отделения традиционной медицины ЛДЦ ГШ ВС РФ.

майор медслужбы Кучеров Ю.П. (1989-1991) - ведущим терапевтом санатория «Жемчужина».

капитан медслужбы Тогобицкий В.Ю. (1990-1992 год) – старшим ординатором кардиологического отделения 6 ЦВКГ, в настоящее время работает в гражданском здравоохранении.

майор медслужбы Емельянов Б.Н. (1993-1995) - начальником отделения Марфинского ЦВКС, в последующем заместитель начальника Научно-методического центра по организации санаторно-курортного лечения военнослужащих, в настоящее время заместитель начальника Марфинского ЦВКС по медицинской части, в настоящее время работает в гражданском здравоохранении.

капитан медслужбы Сычев В.В. (1994-1996) - начальником физиотерапевтического отделения 6 ЦВКГ, в настоящее время начальник кардиологического центра Филиала №2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» Минобороны России.

майор медслужбы Радченко А.Н. (1999–2002) - начальником отделения ЦВКС «Архангельское».

майор медслужбы Безносик Ж.А. (2001-2004) - старшим ординатором кардиологического отделения 6 ЦВКГ, в настоящее время подполковник медслужбы, начальник кардиологического отделения ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО РФ.

В центральные и окружные военные госпитали, на руководящие должности по окончании ординатуры были назначены:

капитан медслужбы Проскурин В.М. (1987-1989), ординатором отделения неотложной помощи и интенсивной терапии 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского, в настоящее время начальник кардиологического центра 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского, кандидат медицинских наук.

капитан медслужбы Данилов Ю.А. (1988-1990) – ординатором терапевтического отделения 3 ЦВКГ, в настоящее время работает начальником медицинской части, доктор медицинских наук, занимается педагогической и научной работой.

капитан медслужбы Тимченко И.С. (1990-1993) – старшим ординатором гастроэнтерологического отделения 574 ВКГ.

капитан медслужбы Нечаев Д.Ф. (1990-1993) – старшим преподавателем ВМФ при Томском мединституте, кандидат медицинских наук, в настоящее время работает в гражданском здравоохранении.

капитан медслужбы Сивохин А.В. (1992-1994) - старшим ординатором МОСН.

майор медслужбы Москалев В.А. (1994-1996) - назначен начальником отдела кадров и строевого Государственного института усовершенствования врачей года, в настоящее время начальник отдела кадров поликлиники ООО «Газпром», кандидат психологических наук.

капитан медслужбы Лютикова Н.Г. (1995-1998) - старшим ординатором терапевтического отделения 574 ОВГ;

капитан медслужбы Кондратов В.В. (1996-1999) - старшим ординатором нефрологического отделения в 156 ОЦВГ,

майор медслужбы Игнатьев П.Ю. (1997-2000) - старшим ординатором эндокринологического отделения 5 ЦВКГ,

майор медслужбы Елизаров М.С. (1999-2002 год) - начальником терапевтического отделения реабилитационного центра 3 ЦВКГ.

майор медслужбы Анучкин А.А. (2000-2003) - назначен на должность преподавателя кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения (с курсом традиционных методов лечения), в настоящее время доцент кафедры военно-полевой терапии ИУВ МУНКЦ, подполковник медслужбы, кандидат медицинских наук.

майор медслужбы Безносик Р.В. (2003-2006) – офицер ГВМУ, в настоящее время подполковник медслужбы, начальник филиала №1 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО РФ, кандидат медицинских наук.

майоры медслужбы Войлошникова И.В. (2002-2005) - офицер ГВМУ, в настоящее время работает в гражданском здравоохранении.

капитан медслужбы Казанцева А.В. (2001-2004) - военно-медицинский факультет при 1 ММИ, в настоящее время подполковник медслужбы Центр военного обучения при 1 ММИ.

капитан медслужбы Шашков Н.А. (2002-2005) – старшим ординатором в 25 ЦВКГ.

капитан медслужбы Афанасьев А.В. (2002-2005) - офицер ГВМУ, в настоящее время работает в гражданском здравоохранении.

подполковник медслужбы Калинина С.В. (2008-2011) – факультет усовершенствования врачей ИУВ МУНКЦ, подполковник медслужбы, кандидат медицинских наук.

подполковник медслужбы Кирьянова Л.М. (2008-2011) старшим ординатором МОСН.

В военные поликлиники и консультативно-диагностические центры направлены и продолжают службу:

майор медслужбы Замуриев А.В. (1995-1998) - ординатором ЛДЦ ГШ ВС РФ - в настоящее время работает в гражданском здравоохранении.

майор медслужбы Медведева Н.А. (1996-1999) - ординатором ЛДЦ ГШ ВС РФ, в настоящее время заведующая терапевтическим отделением.

майор медслужбы Турилкина О.В. (1997-2000) - заместителем начальника военной поликлиники по медицинской части в г. Тверь.

майор медслужбы Виноградов С.Н. (1997-2000) заместителем начальника по медицинской части поликлиники 3 ЦВКГ.

капитан медслужбы О.Н.Коняева (1999-2000) – врачом-специалистом отделения баротерапии.

В настоящее время на кафедре проходят обучения в ординатуре капитан медслужбы Александрова А.Ю.

Сложившаяся на кафедре система обучения на кафедре позволяет подготовить высокопрофессиональных врачей-терапевтов, о чём свидетельствуют положительные отзывы из лечебных учреждений МО РФ и профессиональный рост выпускников.

КОРРЕКЦИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Климко В.В.
Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ, г. Москва

Реабилитация больных ИБС после операции КШ предъявляет повышенные требования к аппарату внешнего дыхания, так как физические тренировки - основной компонент восстановительного лечения - требует кислородного обеспечения. Однако анатомо-функциональное состояние бронхолёгочной системы у многих, если не у большинства этих больных нарушено. Кроме того, среди больных ИБС, как и вообще среди населения, широко распространены хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ). Оперативное рассечение анатомических структур грудной клетки нередко сопровождается местными осложнениями, которые ограничивают дыхательные экскурсии грудной клетки. Эти факторы создают риск развития нарушений функции внешнего

дыхания (ФВД) и обуславливают необходимость коррекции нарушенного дыхания в ходе реабилитации.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния кардиореспираторной системы больных ИБС, перенесших операцию КШ, разработка и оценка эффективности программ медицинской реабилитации с учётом выявленных нарушений.

Материалом данного исследования послужили результаты наблюдения, обследования и лечения 225 мужчин страдающих ИБС и перенесших операции КШ в возрасте 38-74 лет (в среднем 49,9±3,4). Больные обследованы на 8-17 сутки (в среднем 10,2±3,2) после оперативного лечения. Нарушения функции внешнего дыхания выявлены у 116 (51,5%) пациентов, из них по рестриктивному типу в 65,5% случаев, по обструктивному в 34,4%. Отмечено, что у больных с послеоперационными осложнениями снижение показателей ФВД встречалось несколько чаще (55,8%), чем у остальных (47,2%). По степени умеренные нарушения наблюдались в 76,7%, значительные в 19,8%, резкие в 3,4%. Патологические реакции ФВД в ответ на физическую нагрузку выявлены на высоте нагрузки в 60,8% случаев, в периоде восстановления в 18,2% случаев.

Все пациенты при поступлении по виду реабилитационной программы были разделены на 4 группы. Реабилитация больных контрольной группы (КГ) проводилась по общепринятой в РЦ программе включающей: климато-двигательный режим; гиполипидемическую диету; лечебную физкультуру; дозированную ходьбу; массаж шейно-воротниковой области; низкочастотное лазерное облучение послеоперационного рубца грудины; магнитотерапия на нижние конечности. Базисное медикаментозное лечение включало: дезагреганты, β-блокаторы и нитраты по показаниям. Реабилитация больных первой основной группы (ОГ-1) в дополнение к существующей программе включала: контролируемую аппаратную дыхательную кинезотерапию с помощью регулятора дыхания РИД-2 предусматривающего тренировку дыхательной системы тремя видами упражнений: упражнение №1 направлено на восстановление нормального дыхания; №2 - дробное дыхание; №3 - тренировка дыхательных мышц (диафрагмальное дыхание). Реабилитация больных второй основной группы (ОГ-2) в дополнение к существующей программе, включала курс гипербарической оксигенации (ГБО), режим 1,5-1,7 АТА, 40-60 мин изопресия, на курс 8-10 процедур. Реабилитация больных третьей основной группы (ОГ-3) - проводилась комплексно с комбинированным использованием реабилитационных программ 1 и 2 ОГ.

Предложенная комплексная программа реабилитации больных составленная по принципу параллельного воздействия на системы дыхания и кровообращения, оказала благоприятное влияние на клиническое течение заболевания. Улучшение клинического состояния больных сопровождалось положительной динамикой ФВД, снижением давления в лёгочной артерии. Результатом устранения дыхательной гипоксии стало повышение ТФН. У больных ОГ прирост показателей был статистически достоверный, у больных КГ они имели тенденцию к улучшению.

Таким образом, реабилитация больных ИБС, после операции КШ, по разработанной программе оказывающей целенаправленное воздействие на кардиореспираторную систему с помощью ЛГ, дополненной контролируемой дыхательной кинезотерапией, включение курса ГБО в функционально-восстановительном периоде, приводит к

уменьшению и ликвидации проявлений дыхательной и сердечной недостаточности и обеспечивает более существенный прирост реабилитационного эффекта.

КАРДИОТРЕНИРОВОКИ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Климко В.В.[1], Щегольков А.М.[1], Арсений Т.В.[2]
Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ, г.Москва
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Под нашим наблюдением находилось 140 больных ИБС после коронарного шунтирования (КШ), поступивших на поздний госпитальный этап реабилитации, в среднем на 12,3±2,4 сутки после операции, у которых в послеоперационном периоде выявлен кардиореспираторный синдром. В ОГ вошли 109 пациентов в возрасте от 36 до 65 лет, средний возраст 53,7 ± 5,1 года, программа реабилитации этих больных была дополнена кардиотренировками. КГ составил 31 пациент, лечение которых проводилось по базовой программе реабилитации. Кардиотренировки в ОГ проводились до или через 1,5-2 часа после еды. Мощность фоновых и субпороговых нагрузок определялась по данным велоэргометрии. При проведении курса кардиотренировок учитывались не только степень поражения миокарда и коронарного русла, но и индивидуальные особенности обследуемого: возраст, масса тела, степень физической подготовленности. Тренировочный пульс во время фоновых нагрузок составлял 35-40% от пороговой по результатам нагрузочной пробы. Субмаксимальный пульс (пиковая нагрузка) составлял 75% от пороговой мощности, продолжительность пиковой нагрузки составляла 1-2 мин на первых занятиях, с постепенным увеличением до 10-12 мин. Продолжительность занятия составляла 30 мин и включала вводную часть (5-10 мин), основную часть с пиковыми нагрузками (10-20 мин) и заключительную (5-10 мин). Курс велотренировок составлял 10-12 занятий, 5 раз в неделю, продолжительностью 30 мин. Респираторные тренировки были направлены на выработку диафрагмального дыхания и включали упражнения с помощью тренажера искусственного регулятора дыхания РИД-2 (МИЦ «Аккорд» (г. Москва) и звуковую гимнастику. Тренировки проводились 4 раза в день по 15-20 минут.

В результате реабилитации у большинства пациентов ОГ выявлено выраженное положительное воздействие кардиотренировок на показатели ФВД, в результате чего произошло статистически достоверное увеличение ЖЕЛ с 82,6±4,2 до 95,0±4,4% ($p<0,05$), ФЖЕЛ с 79,2±4,1 до 91,8±4,2% ($p<0,05$), прирост $ОФВ_1$ с 85,1±4,9 до 91,8±5,1% ($p>0,05$), индекса Тиффно с 83,0±4,6 до 88,5±4,85% ($p>0,05$), МВЛ с 68,0±5,2 до 78,5±4,4% ($p<0,05$). Нормализация показателей ФВД выявлена у 31 (63,3%) больного, тенденция к нормализации у 18 (36,7%). Нормализация ФВД и гемодинамики большого круга кровообращения способствовала снижению СрДЛА 25,9±2,3 до 18,7±2,4 и с 24,5±2,3 до 18,8±2,3 ($p<0,05$) в ОГ и КГ соответственно.

При анализе показателей центральной гемодинамики отмечалось увеличение ударного объема с 75,9±3,4 до 83,7±2,9 ($p<0,05$) и 75,9±4,4 до 78,4±3,2см.куб ($p>0,05$),

уменьшение конечного систолического с 73,1±3,7 до 64,4±3,1 мл ($p<0,05$) и с 75,3±3,8 до 66,4±3,2 ($p>0,05$) в ОГ и КГ соответственно, при уменьшении периферического сопротивления ($p<0,05$) в обеих группах.

Улучшение ФВД и легочной гемодинамики обеспечило повышение оксигенации крови, что подтверждается достоверным увеличением pO_2 с 69,9±1,57 до 78,2±1,62% ($p<0,05$) и снижением pCO_2 с 41,2±1,16 до 38,1±1,18% ($p<0,05$) в ОГ.

При исследовании корреляционной зависимости отмечено, что увеличение ЖЕЛ, индекса Тиффно и МВЛ у обследованных больных прямо коррелировала с ростом ТФН (соответственно r=0,65; 0,51; 0,69). Рост насыщения крови кислородом прямо коррелировал с увеличением ЖЕЛ (r=0,57), индексом Тиффно (r=0,66), МВЛ (r=0,56), ($p<0,05$).

В результате проведённого восстановительного лечения отмечается положительная динамика в показателях коагулограммы как в ОГ, так и в КГ, однако, степень снижения уровня фибриногена, РФМК в ОГ была достоверно более значительной, чем в КГ. В результате комплексной реабилитации произошло достоверное снижение общего холестерина в ОГ с 6,45±0,55 до 4,96±0,35, в КГ с 6,55±0,45 до 4,99±0,34 ммолль/л ($p<0,05$), в основном, за счет снижения ЛПНП. Остальные фракции холестерина имели лишь тенденции к нормализации.

Нормализация оксигенации крови с одновременным улучшением МЦ терминальных отделов кровообращения обеспечила улучшение работы кардиореспираторной системы, что проявилось существенным приростом ТФН. После проведенного курса лечения показатели физической работоспособности улучшились, так пороговая мощность увеличилась в ОГ с 76,1±4,2 до 107,4±5,1 Вт ($p<0,001$), в КГ с 76,1±3,7 до 97,4±4,3 ($p>0,05$).

Данные теста Спилбергера–Ханина свидетельствовали о снижении РТ с 44,14±1,71 до 38,43±1,54 балла ($p< 0,05$), что также указывает на улучшение психологического состояния пациентов. При анализе суммарного показателя качества жизни пациентов ОГ выявлено его повышение с -7,2±0,4 до - 4,3±0,3 балла ($p<0,001$), что говорит о повышении удовлетворенности больных уровнем своего физического и психического благополучия. Улучшение качества жизни отмечено у 72,8% больных.

Перераспределение больных ОГ по ФК после проведения реабилитационных мероприятий свидетельствует об увеличении удельного веса пациентов I ФК с 9 (8,2%) до 17 (15,6%), II ФК с 41 (37,6%) до 57 (52,3%), уменьшении пациентов III ФК с 59 (54,1%) до 35 (32,1%) (рис. 1), в КГ увеличение количества больных I ФК с 3 (9,7%) до 4 (12,9%), II ФК с 12 (38,7%) до 14 (45,2%), уменьшении пациентов III ФК с 16 (51,6%) до 13 (41,9%).

Таким образом, в результате медицинской реабилитации по оптимизированной программе у большинства пациентов ОГ отмечено улучшение показателей кардиореспираторной системы, выразившееся в уменьшении одышки, повышении оксигенации крови, улучшении микроциркуляции, улучшении психоэмоционального состояния, повышении ТФН.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА АПНОЕ/ГИПОПНОЕ У БОЛЬНЫХ ИБС, С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Климко В.В., Щегольков А.М., Калинина С.В.
Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ, г. Москва

Распространенность синдрома обструктивного апное во сне (СОАС) составляет 5-7% от всего населения старше 30 лет. Тяжелыми формами заболевания страдают около 1-2% из указанной группы лиц. У лиц старше 60 лет частота СОАС значительно возрастает и составляет около 30% у мужчин и около 20% у женщин. У лиц старше 65 лет частота заболевания может достигать 60%. СОАС ведет как к острому, так и хроническому недостатку кислорода, существенно увеличивает риск развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений: артериальной гипертонии, нарушений ритма сердца, инсульта, инфаркта миокарда и внезапной смерти во сне. СОАС является значимым фактором риска развития ишемической болезни сердца. Комбинированное воздействие артериальной гипертензии, гипоксемии и гиперсимпатикотонии во время сна может способствовать развитию атеросклероза и утяжеляет течение ИБС.

СОАС выявлен у 24 (35,8%) больных ИБС с МС, поступивших на 8-15 сутки на реабилитационное лечение, после операции коронарного шунтирования (КШ). Клиническими маркерами СОАС у оперированных больных с МС были наличие храпа во время сна, индекс апноэ-гипопноэ более 10 в час, увеличение массы тела (ИМТ) более 25 кг/м^2, избыточная дневная сонливость, появление сердечных аритмий во время сна, увеличение их числа или усложнение уже имеющихся нарушений сердечного ритма и проводимости, тахикардия во время сна, плохо поддающаяся коррекции АГ.

Все больные - мужчины в возрасте от 38 до 65 лет, средний возраст 54,5±7,8 года. До операции стенокардия напряжения II ФК диагностирована у 11 (45,8%) больных, III ФК-13 (54,2%), пациентов. Инфаркт миокарда в анамнезе перенесли 10 (41,7%) больных. У всех пациентов была артериальная гипертония, нарушенная толерантность к глюкозе диагностирована у 5 (20,8%), сахарный диабет 2 типа легкой степени тяжести у 17 (70,8%) больных, средней степени тяжести 2 (8,3%) больных, избыточная масса тела выявлена у 6 (25,0%), ожирение 1 степени у 11 (45,8 %), 2 степени у 2 (8,3%) больных. Также у всех пациентов выявлена дислипидемия в основном 2Б и 4 типа по Фредриксону. Пациенты КГ и ОГ были сопоставимы по основным клинико-функциональным и психологическим характеристикам. Больные КГ (n-10) проходили реабилитацию по базовой программе, пациентам ОГ (n-14) дополнительно проводилось лечение СОАС с помощью CiPAP-терапии.

Для лечения СОАС нами применялся терапевтический аппарат CPAP терапии (SOMNO*check*® фирма «Weinmann» (Гамбург, Германия), цель лечения заключается в преодолении сопротивления потоку воздуха со стороны верхних дыхательных путей (ВДП) при помощи создания постоянного положительного давления на вдохе (маска с компрессором CiPAP).

Все пациенты имели характерные клинические признаки СОАС. Регулярный громкий ночной храп отмечали 100%. У 20 (83,3%) пациентов близкие родственники отмечали остановки дыхания во время сна. Избыточную дневную сонливость отмечали 21 (87,5%) пациентов. При диагностике СОАС у всех пациентов выявлено апноэ и гипопноэ обструктивного характера. У 17 (70,8%) обследованных больных индекс апноэ/гипопноэ находился в пределах от 10 до 20, у 1 (4,2%) более 20, у 6 (25,0%) – менее 10. Больные с СОАС предъявляли жалобы на беспокойный поверхностный неосвежающий сон (87,5%), потливость (79,1%), разбитость и головные боли по утрам (75,0%), дневную сонливость (83,3%), раздражительность (79,1%), снижение трудоспособности и хроническую усталость (83,3%).

Подобранную до лечебного уровня CiPAP терапию получали больные ОГ. В результате лечения произошло статистически достоверное снижение обструктивных апноэ с 16,7 до 3,2 и обструктивных гипопноэ с 14,3 до 2,4. Одновременно с этим у больных улучшился сон, исчезла дневная сонливость.

Проводимая по поводу СОАС CiPAP – терапия у пациентов с МС привела к нормализации суточного профиля АД. В ОГ произошло снижение общего холестерина с 6,88$\pm$0,23 до 5,12$\pm$0,14ммоль/л, снижение глюкозы крови с 7,2±1,22 до 5,9±0,92 ммоль/л. Масса тела в среднем по группе снизилась на 5,5±2,24 кг, ИМТ - с 29,3$\pm$2,4 до 26,6$\pm$2,2 кг/м^2. Улучшение углеводного обмена, вероятно, связано с умеренным снижением массы тела, уменьшением продукции глюкозы печенью, возрастанием секреции инсулина и улучшением чувствительности к инсулину. В контрольной группе положительная динамика показателей липидного и углеводного обменов была менее выражена. В КГ масса тела снизилась на 2,4±1,4 кг, ИМТ с 29,8±2,1 до 27,8±1,9 кг/м^2. В ходе реабилитации у больных ОГ согласно теста САН самочувствие улучшилось – на 16,7% (до лечения - 47,9$\pm$1,1 балл, после лечения 55,9$\pm$1,3 балла, $p<0,05$), активность на 20,1% (с 46,3$\pm$1,3 балл до 55,6$\pm$1,2 балл, $p<0,05$), настроение на 26,8% (с 44,3$\pm$1,3 балл до 56,3$\pm$1,1 балл,($p<0,05$).

Комплексная реабилитация с применением CiPAP – терапии оказала благоприятное влияние на показатели толерантности к физической нагрузке. Мощность пороговой нагрузки возросла в ОГ с 90,8±5,2, Вт до 106,5±5,8 ($p<0,05$). В контрольной группе прирост мощности пороговой нагрузки составил с 90,1±6,7 Вт до 96,3±8,7 Вт ($p>0,05$). Более выраженный прирост мощности пороговой нагрузки у больных основной группы, вероятно, связан с большим снижением массы тела, чем в контрольной группе больных.

Таким образом, оптимизированная комплексная программа медицинской реабилитации больных ИБС после операции КШ с помощью CiPAP – терапии позволяет улучшить клинический прогноз при СОАС и повысить качество жизни у этой категории больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОГО АСПЕКТА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ОСНОВАННОЙ НА РАСЧЕТЕ УДЕЛЬНОЙ МОЩНОСТИ НАГРУЗКИ

Климко В.В., Будко А.А., Арсений Т.В., Зюлина Ю.В., Фролова С.С., Коршикова Н.В.
Филиал № 2 ФГБУ«3 ЦВКГ им. А. А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Несмотря на достигнутые за последние десятилетия значительные успехи в лечении ишемической болезни сердца, она по-прежнему является одной из самых актуальных проблем здравоохранения. Физический аспект составляет основу всей системы реабилитации больных после реваскуляризации миокарда. Он обеспечивается ранним назначением методов лечебной физкультуры, своевременным назначением физических тренировок, в программе которых предусматриваются различные виды, методы и варианты физических нагрузок.

В основу большинства из них положена зависимость дозирования нагрузки от уровня толерантности к физической нагрузке и периода реабилитации. В настоящее время используется методика дозирования физических нагрузок, основанная на принципе их эквивалентности с учетом пороговой мощности нагрузки (т.е. функционального класса больного) определенного по результатам нагрузочного теста.

Для индивидуального дозирования физических нагрузок необходимо учитывать не только величину пороговой нагрузки больного, но и ее удельную мощность. Удельная мощность пороговой нагрузки больного определяется делением мощности пороговой нагрузки (Вт) на его массу тела. Удельная мощность пороговой нагрузки наиболее точно определяет физическую работоспособность больного, его способность перемещаться в пространстве. При одинаковой толерантности, больной с меньшей массой легче перемещает свое тело в пространстве, чем более тяжелый.

Целью настоящего исследования было сравнение эффективности программ физической реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после операции КШ на позднем госпитальном этапе, которые разрабатывались по разным принципам.

Программа обследования больных включала лабораторные, инструментальные и психологические методы обследования. В состав лабораторных исследований входили клинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, анализы свертывающей и противосвертывающей системы крови, углеводного и липидного обмена по общепринятым методикам. Функциональное состояние пациентов анализировалось по результатам ЭКГ, ВЭМ и ЭХО-КГ, суточного мониторирования ЭКГ, ФВД, оценка микроциркуляции крови методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Психологическое обследование больных оценивалось по методике САН.

Программа реабилитации основной (27 человек) и контрольной (30 человек) групп больных включала двигательный режим от щадящего до тренирующего, диету № 9 или 10, лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, внутривенную и локальную (на послеоперационные рубцы) лазеротерапию, медикаментозную терапию (дезагреганты, В-блокаторы, статины, ингибиторы АПФ, нитраты по показаниям), рациональную психотерапию.

Группы были сопоставимы по возрасту, полу, степени поражения миокарда, объему оперативного вмешательства, сопутствующим заболеваниям, характеру антиангинальной терапии. Все больные мужского пола, в возрасте от 35 до 60 лет.

С целью повышения эффективности реабилитации больным ОГ в дополнение к вышеописанной программе физической реабилитации проводились кардиотренировки на

велотренажере по индивидуально составленным программам с учетом удельной мощности нагрузки. Физическая реабилитация больных КГ составлялась по традиционной методике с учетом функционального класса больного, исходя из показателя пороговой мощности нагрузки.

В результате у всех больных ОГ толерантность к физическим нагрузкам повысилась с 63 до 105 Вт, показатель фракции выброса прирос, в среднем, на 7,8%. У 5 больных (17%) потребовалась коррекция реабилитационных программ в связи с недостаточностью или избыточностью тренировочных нагрузок.

Среди пациентов контрольной группы пациентов КГ коррекция программ физической реабилитации потребовалась 16 пациентам (53%).

Таким образом, проведение реабилитации больных по программам, разработанным с учетом удельной мощности нагрузки, позволяет повысить ее эффективность за счет индивидуализации и более точного определения режима физической активности и тренировок.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СТОМАЛГИЙ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

Либих Д.А.[1], Подберезкина Л.А.[2]
[1]Институт биорегуляции и геронтологии, г. Санкт-Петербург
[2]ФГВБУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Повышение эффективности лечения больных со стомалгиями слизистой оболочки полости рта является актуальной задачей практической медицины. Это связано с тем, что стомалгии встречается часто, разнообразны по своей этиологии и клинической картине, очень мучительны для больных и тяжело поддаются лечению. Имеются единичные сообщения о применении медицинских пиявок (гирудотерапии - ГТ) для лечения стомалгий.

Целью настоящей работы явилось изучение непосредственных и отдаленных результатов ГТ у больных стомалгиями.

Материал и методика. Под наблюдением находилось 27 больных (26 женщин и 1 мужчина) в возрасте от 61 до 73 лет, страдавших стомалгиями слизистой оболочки полости рта и языка. Давность заболевания колебалась от 6 мес до 11 лет. Все больные страдали различными формами хронической патологии внутренних органов и систем организма (коморбидной патологией): 21 - заболеваниями сердечнососудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь I-II стадии, вегетососудистая дистония и др.), 12 - заболеваниями органов пищеварительной системы (хронические формы гастрита, холецистита, желчнокаменная болезнь, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки и др.), 3 - эндокринными заболеваниями, 2 - аллергическими, 1 - онкологической патологией. У 4 больных стомалгиями имели место разнообразные психические расстройства, которые были представлены выраженными неврозоподобными

нарушениями, преимущественно астенического круга, сопровождавшимися тревогой, страхом, раздражительностью, эмоциональной лабильностью. нарушением сна, снижением настроения, апатией и др. В подавляющем большинстве случаев у больных имелось несколько заболеваний внутренних органов, то есть отмечена мультиморбиджность. Ранее проводившееся лечение у стоматолога (санация полости рта, новокаиновые блокады, электрофорез ганглерона и витамина В1, дарсонвализация, повторное зубное протезирование индифферентными материалами и т.п.) было неэффективно. Лечение у терапевта, гастроэнтеролога, психоневролога и других специалистов с применением психотерапии, фармакотерапии, а также иглорефлексотерапии, магнитотерапии, лазеротерапии, не устранило парестетические ощущения, что обусловило применение ГТ.

Методика ГТ заключалась в следующем. Перед процедурой больной полоскал полость рта 1 % раствором перекиси водорода и 5 % раствором глюкозы. Пиявок из банок с водой отсаживали в теплые пробирки и прикладывали к точкам воздействия: языку, губам, небу и др. После присасывания пиявок их оставляли в пробирках, которые до конца процедуры держали сами больные. Одновременно использовали до 3 пиявок. Пиявки обычно насасывались в течение 20-40 мин, а затем самостоятельно отпадали. Указанное время и составляло среднюю продолжительность одной процедуры. Если присосавшаяся пиявка замедляла или совсем прекращала сосательные движения, ее стимулировали, для чего 2-3 раза проводили вдоль ее тела ватой, смоченной теплой водой. Механически пиявок от слизистой оболочки полости рта больного не отрывали. Если по каким-либо причинам требовалось немедленно освободиться от пиявки, то к ее телу достаточно было прикоснуться ватой, смоченной настойкой йода или спиртом. После процедуры больной полоскал полость рта 3 % раствором перекиси водорода и воздерживался от приема пищи 2 ч. Курс лечения состоял из 6-12 сеансов, первые 6 из которых проводили ежедневно, последующие - через день. При отсутствии лечебного эффекта курс ГТ, через 1,5-2 мес., повторяли.

При оценке непосредственных и отдаленных результатов лечения ГТ учитывали динамику жалоб, самочувствия и объективных данных. Хороший лечебный эффект характеризовался полным исчезновением клинических проявлений стомалгии, удовлетворительный - снижением интенсивности парестетических ощущений и заметным улучшением общего состояния. При отсутствии лечебного эффекта существенных изменений в самочувствии и состоянии больного не наблюдалось.

Результаты лечения и их обсуждение. Первые признаки улучшения после ГТ появились спустя 1-3 процедуры и проявлялись снижением интенсивности парестетических ощущений, чувством «свежести и свободы» в полости рта и улучшением общего состояния. У 2 больных после 6 процедур ГТ отмечено полное прекращение жжения слизистой оболочки полости рта и языка. Однако у большинства больных значительное стихание парестетических ощущений в полости рта отмечалось к концу 1-го курса ГТ. Так, после 1-го курса ГТ у 3 больных парестетические ощущения в полости рта исчезли полностью, у 10 произошло значительное уменьшение интенсивности и площади парестетичной слизистой оболочки при улучшении общего самочувствия. При осмотре полости рта у этих больных отмечено отсутствие гиперемии и уменьшение отека слизистой оболочки и языка, исчезновение отпечатков зубов с его боковых поверхностей,

что говорило об улучшении микроциркуляции крови и лимфы и снятии застойных явлений. Эти пациенты стали социально активными. У 12 больных после 1-го курса ГТ лечебный эффект не наступил, несмотря на значительное снижение воспалительных и застойных явлений в слизистой оболочке полости рта. Им проводили повторный курс ГТ, что позволило у 5 человек несколько улучшить общее самочувствие, нормализовать сон и аппетит, а также снизить интенсивность жжения слизистой оболочки полости рта и уменьшить площадь парестезии.

Непосредственные результаты ГТ у больных стомалгией свидетельствуют о том, что у 15 из 27 пациентов получен положительный (хороший или удовлетворительный) результат. При этом для его достижения требовался 1-2-кратный курс ГТ. Хороший лечебный эффект отмечен у 5 больных, удовлетворительный - у 7. Непосредственные результаты лечения отчетливо зависели от возраста больных, состояния их психики, тяжести хронической патологии внутренних органов и периодов ее обострения.

Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от 6 мес до 3 лет. Положительный лечебный эффект ГТ сохранялся в течение 1 года у 9 пациентов, 2 лет - у 8 и 3 лет - у 7 пациентов. Рецидив заболевания возник у 13 человек в различные сроки (от 13 мес до 3 лет) после лечения ГТ. Одна больная умерла от сопутствующего онкологического заболевания спустя 8 мес. после ГТ.

Отметим, что после применения ГТ осложнений не отмечено. Ранки от укусов пиявок не кровоточили, не воспалялись и эпителизировались в течение 2-3 сут.

Результаты динамического наблюдения, углубленного катамнестического и клинического обследования больных стомалгиями, позволили отметить, что рецидивирование стомалгий отчетливо зависело от психоэмоционального состояния больных, клинической картины патологии внутренних органов и в большинстве случаев было обусловлено обострением хронических заболеваний органов пищеварительной системы и психотравмирующей ситуацией в семье или на работе. Таким образом, можно заключить, что ГТ является одним из методов, способствующих повышению эффективности лечения стомалгий, особенно в тех случаях, когда другие методы лечения не дают положительных результатов. Длительность положительного лечебного эффекта после применения ГТ определяется своевременной коррекцией психотравмирующих ситуаций, проведением противорецидивных мероприятий при заболеваниях внутренних органов и устранением местных раздражающих факторов в полости рта. Учитывая, что ГТ легко выполнима, ее можно использовать во всех стоматологических отделениях и кабинетах лечебно-профилактических учреждений при лечении больных со стомалгиями слизистой оболочки полости рта и языка.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Лобейко В.В.[1], Жмудь М.В.[2]
[1]Институт биорегуляции и геронтологии, г. Санкт-Петербург
[2]ФГВБУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Состояние полости рта отражает возрастные изменения и здоровье человека, его экономический статус (В.Х.Хавинсон, 2011). Это предопределяет необходимость интегрального подхода к пожилому человеку, так как кроме стоматологических проблем, необходимо учитывать общесоматический статус, и социально-экономические факторы, влияющие на здоровье пожилого человека, тем более что в старших возрастных группах значительно выше не только заболеваемость, но и количество заболеваний внутренних органов у каждого пациента. В среднем, при обследовании людей пожилого и старческого возраста, определяется 3-5 болезней. И закономерно, что патологические и адаптационные процессы в полости рта у пациентов с отягощенной соматической патологией будут иметь свои особенности, неблагоприятно влияющие на результаты стоматологической реабилитации (А.К.Иорданишвили, 2013). В настоящее время в связи с постарением населения планеты проблема медицинской адаптации и социальной реабилитации людей старших возрастных групп весьма актуальна.

На протяжении последних лет многие специалисты решают научно-прикладные вопросы по стоматологической реабилитации пациентов с мультиморбидными состояниями. Однако до настоящего времени недостаточно изучены особенности использорвания методов диагностики и лечения заболеваний слюнных желез у людей старших возрастных групп в условиях специализированного отделения многопрофильного стационара. Эти вопросы имеют не только научное, но и прикладное значение для клинической геронтостомтологии в аспекте совершенствования диагностики и лечения патологии слюнных желез.

Для анализа методов диагностики и лечения заболеваний слюнных желез у людей пожилого и старческого возраста были изучены 5329 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильного стационара.

Анализ методов диагностики, применяющихся в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильного стационара поликлиниках при обследовании пациентов с заболеваниями и повреждением слюнных желез показа, что, по данным историй болезни, опрос, осмотр и пальпация проводится в 100% случаев.

Среди специальных методов обследования наиболее часто в специализированном отделении госпиталя применялась обзорная рентгенография, а именно у 192 человек, то есть в 100% случаев. Данный вид исследования проводился в всех больных с заболеваниями, повреждениями и опухолями слюнных желез, в том числе при подозрением на сиалолитиаз.

К зондированию выводных протоков прибегали в 32 (16,67%) случаях, в основном при обследовании пациентов со слюннокаменной болезнью. Незначительная частота использования данного метода исследования в стационаре также объясняется возможностью проталкивания саливалита (слюнного камня).

Следует отметить выполнение стандарта обследования больного с патологией слюнных желез, так как в у 100% пациентов была выполнена сонография. Компьютераная томография и ядерно-магнитное резонансное исследование были выполнены соответственно в 16,67% случаев (32 пациента) и в 14,06% случаев (27 пациентов), соответственно. Эти исследования в основном выполнялись пациентам с новообразованиями, травмой и реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез, а также в слюнных клинических случаях, для топической диагностики локализации слюнного камня. Достаточно часто выполнялась сиалография – в 36,98% случаев, а именно у 71 больного, а также биопсия (29 случаев (15,1%) и цитологическое исследование слюны (у 6 больных – в 3,13% случаев).

У 5 (2,6%) больных, при подозрении на реактивно-дистрофическую патологию слюнных желез, была выполнена сиалометрия. У пациентов, с подозрением на наличие злокачественного новообразования слюнных желез, выполнялась сиалосцинтиграфия (у 4 больных, то есть в 2,08% случаев).

У пациентов пожилого и старческого возраста, а также среднего возраста, страдающих реактивно-дистрофической патологией или сиалоаденопатиями при коморбидной патологии, часто (в 91,15% случаев, у 175 человек) использовали консультации врачей-интернистов (эндокринолога, терапевта, невролога и др.).

Лечение заболеваний слюнных желез больным разных возрастных групп проведено комплексно (хирургическое и терапевтическое) с учетом разработанных и принятых в госпитале медико-экономических стандартов. В тоже время следует отметить, что при консервативном лечении воспалительной и реактивно-дистрофической патологии у людей пожилого и старческого возраста не всегда использовались современные фармакопрепараты. А при сиалолитиазе – фармакологические средства, направленные на нормализацию состава и свойств слюны пациентов.

Направление на госпитализацию в другое учреждение получили 5 (2,6%) человек со злокачественным новообразованием околоушной слюнной железы. Семь человек, страдающих реактивно-дистрофической патологией слюнных желез на фоне сахарного диабета, продолжили лечение в эндокринологическом отделении госпиталя.

Таким образом, диагностика и лечение заболеваний слюнных желез у людей старших возрастных групп в условиях специализированного отделения многопрофильного стационара проводилась в основном в полном объеме. В тоже время при хирургическом лечении сиалолитиаза у людей старших возрастных групп не применялись современные методы лечения с применением эндовидеотехники, относящиеся к высокотехнологической медицинской помощи, а также современные фармакологические препараты.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В РЕБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Лямин М.В., Дыбов М.Д., Аннушкин А.Д., Полякова С.В., Карахалина А.Б.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Метод биоакустической психокоррекции, разработанный в Санкт-Петербурском институте экспериментальной медицины, в своей основе содержит принцип биологической обратной связи. В качестве параметра управления в данной процедуре используется наиболее интегральный показатель деятельности центральной нервной системы - электроэнцефалограмма. Сигнал обратной связи представлен в виде комплексного звукового образа, в котором сохранены частоты колебаний ЭЭГ во всех физиологически значимых диапазонах. Подобное преобразование позволяет сохранить частотные и амплитудные отношения сигналов биоэлектрической активности в сигнале обратной связи и, следовательно повышает точность передачи информации человеку волновой активности головного мозга. Данное преобразование, кроме того, исключает "навязывание" определенной волновой активности пациенту и повышает его роль в управлении собственным психофизиологическим состоянием.

По данным Ю.А.Александровского (1993), пространственная организация спонтанной электрической активности мозга тесно связана с различными функциональными состояниями, в том числе и с психопатологическими. Следовательно можно предположить, что в процессе сеанса происходит установка оптимальных пространственных взаимосвязей электрической активности коры тех областей мозга, которые участвуют в формировании конкретного функционального состояния и разрушение связей не характерных для данного функционального состояния, другими словами в процессе сеанса создаются условия для реорганизации функциональных связей в головном мозге за счет активации его резервов к пластическим перестройкам. Не маловажную роль в оздоровлении играет способность человеческой психики к гармонизации с окружающей средой.

В процессе проведения сеансов происходит перестройка спектральных характеристик ЭЭГ и соответственно создается новое функциональное состояние. Прослушивание звукового образа зависимого от биоэлектрической активности головного мозга заставляет человека, как сознательно, так и бессознательно стремиться к наиболее приятному звучанию, что как следствие вызывает гармонизации электроэнцефалограммы и нормализацию состояния центральной нервной систем, а также повышение ее адаптационных возможностей.

Сеансы биоакустической психокоррекции получили 75 пациентов с астено-невротическими нарушениями различной степени выраженности: 38 мужчин и 37 женщин. Возраст от 26 до 55 лет. В процессе лечения произошло значительное улучшение восприятия звукового образа у всех пациентов. Положительные изменения произошли по шкале реактивной тревожности у 65 человек. У 58 сократилось латентное время простой зрительно-моторной реакции. Показатели вегетативного коэффициента имели тенденцию приближения к 1,0, что характеризовало направленность на оптимизацию энергосберегающих и энергозатрачивающих механизмов организма. Уровень невротизации заметно снизился по шкале нейротизма теста Айзенка у 67 пациентов, по коэффициенту суммарного отклонения у 72. У всех больных на ЭЭГ произошли

спектральные перестройки: альфа-индекс увеличился на 15-30%, дельта и тета-индексы соответственно уменьшились.

Таким образом, применение биоакустической психокоррекции больным с астено-невротическими нарушениями способствует снижению реактивной тревожности, уровня невротизации, росту функционального состояния ЦНС, повышению эффективности медицинской реабилитации.

ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ ПРИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ

Матвиенко В.В.[1], Цоллер К.А.[2], Бучнов А.Д.[2]
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
ООО «Институт Остеопатической медицины», г. Санкт-Петербург

С целью исследования значимости показателей качества жизни студентов в оценке эффективности коррекции состояния при нервно-психической неустойчивости на базе медицинского колледжа г. Обнинска и Института Остеопатической медицины (г. Санкт-Петербург) было проведено комплексное обследование 70 девушек и 54 юношей, возраст которых составлял от 18 до 20 лет. Качество жизни (КЖ) оценивалось с помощью опросника SF-36.

Установлено, что частота встречаемости признаков нервно-психической неустойчивости (низкого уровня НПУ) среди студентов составляла, в среднем, около 32%.

Выявлена взаимосвязь показателей качества жизни (КЖ) студентов с уровнем их НПУ и половыми особенностями. У студентов с низким уровнем НПУ отмечались низкие значения показателей, как физического, так и психологического компонентов здоровья. При низком уровне НПУ значения показателей общего здоровья были меньше, чем у лиц с высоким уровнем НПУ, как у юношей (на 33,0%; $p<0,05$), так и у девушек (на 11,8%; $p<0,05$). Значения показателей социального функционирования, жизнеспособности и психического здоровья у юношей с низким уровнем НПУ были меньше, по сравнению с высоким уровнем НПУ, на 30,6% ($p<0,05$), на 14,5% ($p<0,05$) и на 34% ($p<0,05$) соответственно. У девушек при низком уровне НПУ, по сравнению с высоким уровнем НПУ, отмечалось уменьшение значений показателей ролевого эмоционального функционирования (на 26,7%; $p<0,05$), жизнеспособности (на 19,5%; $p<0,05$) и психического здоровья (на 24%; $p<0,05$).

При низком уровне НПУ у юношей, по сравнению с девушками, отмечались более низкие значения показателей общего здоровья (на 13%; $p<0,05$) и социального функционирования (на 16,6%; $p<0,05$), а также более высокие значения показателя ролевого эмоционального функционирования (на 16,5%; $p<0,05$).

У студентов после лечения, по сравнению с исходными данными, отмечалось улучшение значений показателя общего здоровья (ОЗ) (физический компонент здоровья). Его величина составила 39,7% ($p<0,05$) для юношей и 19,5% ($p<0,05$) для девушек. У

юношей с низким уровнем НПУ после лечения, по сравнению с исходными данными, отмечалось увеличение значений показателей психологического компонента здоровья: СФ (социального функционирования) (в 2,2 раза; $p<0,05$) и психического здоровья (ПЗ) (в 1,5 раза; $p<0,05$). У девушек увеличение значений данных показателей составило 1,7 раза ($p<0,05$) и 1,3 раза ($p<0,05$).

По результатам множественного корреляционного анализа установлены особенности взаимосвязи показателей качества жизни и выраженности тревожности у студентов с разным уровнем НПУ. У студентов с низким уровнем НПУ в корреляционной плеяде показателей КЖ преобладали, в основном, средние и сильные корреляционные связи ($r=0,7-0,9$). В то же время в корреляционной плеяде показателей КЖ и выраженности тревожности у студентов с высоким уровнем НПУ преобладали лишь средние корреляционные связи ($r=0,4-0,5$). В корреляционной плеяде показателей индивидуально-психологических особенностей личности у студентов с низким уровнем НПУ преобладали, в основном, средние корреляционные связи ($r=0,5-0,7$). В корреляционной плеяде показателей индивидуально-психологических особенностей личности у студентов с высоким уровнем НПУ сила корреляционных связей была меньше ($r=0,5$). Отмечалось также меньшее количество взаимосвязей между исследуемыми показателями личностных особенностей студентов. Следовательно, с уменьшением уровня НПУ у студентов отмечалось увеличение количества взаимосвязей между исследуемыми показателями индивидуально-психологических особенностей личности, а также их силы.

Совокупность проведенных исследований свидетельствует о высокой значимости показателей качества жизни в оценке состояния лиц молодого возраста, возможности их использования для оценки эффективности мероприятий медицинской реабилитации при функциональных нарушениях в психоэмоциональной сфере.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ ПРИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ

Матвиенко В.В.[1], Цоллер К.А.[2], Бучнов А.Д.[2]
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
ООО «Институт Остеопатической медицины», г. Санкт-Петербург

С целью оценки выраженности тревожности у студентов при нервно-психической неустойчивости до и после коррекции состояния на базе медицинского колледжа г. Обнинска и Института Остеопатической медицины (г. Санкт-Петербург) было проведено комплексное обследование 70 девушек и 54 юношей, возраст которых составлял от 18 до 20 лет. Решение поставленных в данном исследовании задач осуществлялось с использованием общедоступных методик. Психофизиологическое тестирование студентов проведено с помощью аппаратно-программного психодиагностического комплекса АПК «Мультипсихометр». Определялись показатели выраженности тревожности по данным

опросников Спилбергера-Ханина и уровня тревожности ПТ [Практикум по общей…, 1989; Леонова А.Б. с соавт. 2002; Ромицына Е.Е., 2006].

Программа медико-психологической реабилитации студентов с признаками низкого уровня нервно-психической устойчивости строилась в соответствии с общепринятыми рекомендациями. Она включала в себя использование методов психологической коррекции состояния общей направленности: дыхательно-релаксационный тренинг и аутогенная тренировка. Применялись также физические методы реабилитации: остеопатические техники, направленные на устранение дисфункций макро - и микроподвижности тканей человека, влекущих за собой функциональные повреждения, и обеспечивающие релаксацию организма.

Остеопатическая диагностика и лечение осуществлялись дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений [Sutherland W.G., 1990; Magoun H.I., 1994; Peyralade F., 1995; Frymann V.M., 1998]. Остеопатические врачебные процедуры проводились не более одного раза в 1–2 недели продолжительностью 40 минут. Срок лечения составлял в среднем от полутора до двух месяцев.

Установлено, что у юношей с низким уровнем НПУ, по сравнению с высоким уровнем НПУ, отмечались более высокие значения показателей общей тревожности, тревоги самовыражения, а также тревоги, связанной с оценкой окружающих и в отношениях со сверстниками (в 1,2-1,4 раза; $p<0,05$). У девушек с низким уровнем НПУ значения показателей общей тревожности, тревоги самовыражения, тревоги, связанной с оценкой окружающих и в отношениях со сверстниками были больше в 1,3-1,6 раза ($p<0,05$), по сравнению с лицами с высоким уровнем НПУ Выраженность тревоги в отношении с учителями, тревоги, связанной с успеваемостью и с проверкой знаний при низком уровне нервно-психической устойчивости, по сравнению с высоким уровнем НПУ, у юношей была больше, в среднем, в 1,2 раза ($p<0,05$), у девушек - больше, в среднем, в 1,3-1,5 раза ($p<0,05$).

Установлено, что показатели тревоги самовыражения, тревоги, связанной с оценкой окружающих и с проверкой знаний, у девушек с низким уровнем НПУ были в 1,2 раза ($p<0,05$) больше, чем у юношей с аналогичным уровнем НПУ.

После коррекции отмечалось существенное улучшение функционального состояния организма студентов с низким уровнем НПУ независимо от их половых особенностей. Это проявлялось в уменьшении уровня общей тревожности (в 1,4-1,5 раза; $p<0,05$) и тревоги самовыражения (в 1,2-1,3 раза; $p<0,05$).

Аналогично, после лечения, по сравнению с исходными данными, отмечалось уменьшение значений показателей, характеризующих вегетативное обеспечение выраженности тревожности у студентов с низким уровнем НПУ. В частности, как у юношей, так и у девушек, отмечалось увеличение значений показателей астенизации (в 1,4 раза; $p<0,05$) и вегетативной реактивности (в 1,2 раза; $p<0,05$).

Совокупность проведенных исследований свидетельствует о целесообразности оценки функционального состояния в комплексной диагностике функциональных нарушений у студентов, как основы выбора адекватных методов их коррекции. В этой связи при нервно-психической неустойчивости показана эффективность совместного применения методов психологической и остеопатической коррекции нарушений.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Мережкин А.М., Зоткин А.В., Миць Н.Н.
Филиал № 6 ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, г. Москва

Эффективность деятельности современного многопрофильного амбулаторно-поликлинического учреждения (далее – учреждения) по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи прикрепленным контингентам во многом определяется санитарно-эпидемиологическим благополучием в самом учреждении и в зоне его медицинской ответственности.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия является одним из направлений в организующей деятельности руководителя учреждения, что определено на законодательном уровне и регламентировано нормативными и правовыми актами.

Деятельность по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия распространяется: на структурные подразделения самого учреждения; на прикрепленные для медицинского обеспечения и обслуживания контингенты (военнослужащих по контракту и по призыву, а также на военнослужащих в запасе и в отставке, на членов их семей и гражданский персонал ведомства).

Содержание и объем данного вида деятельности определены санитарно-эпидемиологическими требованиями и включают в себя: обеспечение условий соблюдения действующих санитарных правил и нормативов на всех объектах учреждения; разработку и проведение всего комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение загрязнения окружающей среды, на предупреждение возникновения, распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний; организацию и осуществление производственного контроля за выполнением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; создание необходимых условий для поддержания и повышения уровня здоровья прикрепленного контингента, а также медицинского персонала учреждения; проведение гигиенического обучения и воспитания, пропаганды здорового образа жизни; осуществление взаимодействия с органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

Вышеназванные мероприятия, обеспечивающие санитарно-эпидемиологическое благополучие отражаются в перспективном плане развития учреждения; в планах работы учреждения на год, на месяц; в частных планах профилактики актуальных инфекций; в планах по обеспечению экологической безопасности, а также по обращению с отходами деятельности учреждения; в программе производственного контроля за соблюдением санитарных норм и правил.

Данные мероприятия координируются должностными лицами учреждения, ответственными за определенный вид деятельности (за профилактику внутрибольничных (внутриполиклинических) инфекций, за обращение с отходами в учреждении, внештатный эколог, инженер по охране труда и технике безопасности ит.д.), а также внештатными комиссиями: по профилактике внутрибольничных (внутриполиклинических) инфекций; по обеспечению безопасности труда персона учреждения; по обеспечению экологической безопасности; по экспертизе профпригодности; по медицинским осмотрам и др.

Однако, многопрофильность лечебно-диагностической деятельности учреждения и разнообразие обеспечивающих ее систем, требуют квалифицированного подхода к организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, что предполагает наличие в штатной структуре врача-эпидемиолога. Количество данных специалистов определяется мощностью учреждения, а статус руководителя санитарно-эпидемиологического направления деятельности определяется подчинением его непосредственно руководителю учреждения.

Необходимо отметить, что приведенная выше структура деятельности учреждения по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия позволила не допустить: роста инфекционной заболеваемости среди прикрепленных контингентов, случаев внутрибольничных (внутриполиклинических) инфекций, а также ухудшения санитарного состояния объектов учреждения, что благоприятно влияло на качество лечебно-диагностического процесса.

Таким образом, вышеприведенная структура организующей деятельности по проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий обеспечивает поддержание санитарно-эпидемиологического благополучия на должном уровне и является одной из важных в системе управления современного амбулаторно-поликлинического учреждения.

ЛЕВИТРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Мягков Ю.А.[1], Иванов В.Н.[2], Краев И.Г.[1], Карабач И.В.[1], Мягкова А.Ю.[1]
[1]Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
[2]ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го поколения типа (ИФДЭ) были созданы как средства коррекции (ЭД) и согласно спецификации применяются «по потребности» или до предстоящего полового сношения, т.е., формально говоря, они позиционируются как средства коррекции, а не лечения.

Эти препараты предложено было использовать также и в качестве средств лечения (сиситематически и длительно) у пациентов после операций на предстательной железе с развитием ЭД, неинфекционным хроническом простатате (ХП) III В формы по классификации NIH (1995). Мы проводили комплексное лечение больных с ЭД и ХП с применением физиотерапевтических, психотерапевтических и фармакологических

факторов и при этом решали следующие задачи: улучшение кровоснабжения в половых органах, уменьшение психологического сосудистого компанента ЭД, а также (при адекватной сексуальной стимуляции) поддержание и улучшение кровоснабжение и эрекции полового члена за счет наличия в организме ИФДЭ-5.

Доказано, что применение левитры, после однократного приема 10 мг, уже через 15-30 мин увеличивается линейная (по данным УЗДГ) скорость кровотока в сосудах простаты, семенных пузырьков и полового члена. Данные показатели существенно улучшаются после проведения адекватной сексуальной стимуляции. Левитра считается специфическим вазодилятатором. Разовая доза препарата нами была уменьшена до 5 мг с приемом через день. Мы провели 15 больных основной группы и 10 пациентов контрольной группы. Возраст пациентов составил от 21 до 71 лет. Наблюдали пациентов в течение 6 месяцев до 12 месяцев. Больные основной группы получали стандартный курс физиотерапии и дополнительно левитру по 5 мг через день(1-3-6 месяцев), больные контрольной группы - стандартный курс физиотерапии без приема левитры.

Установлено, что позитивные изменения показателей кровотока сохраняются по крайней мере в течение месячного курса лечения и тем самым способствуют изменению динамического стереотипа, что является важнейшим условием излечения больных с хроническим простатитом и эректильной дисфункцией. Таким образом, влияние левитры на кровоснабжение органов мужской половой сферы несомненно. Считаем метод лечения больных с ЭД и неспецифическим абактериальным хроническим простатитом целесообразным. Побочных эффектов и осложнений данный способ лечения не вызывал. Качество лечения и качество жизни при данном способе терапии повышается. Эффект лечения сохраняется до 6 месяцев. Необходимы противорецидивные профилактические курсы для окончательного преодоления патологического динамического стериотипа. Без включения в терапию препаратов ИФДЭ-5 (левитра по 5 мг или 2,5 мг) эти курсы менее целенаправленны и недостаточно эффективны. Результативность данного метода лечения ЭД и ХП обусловлена комплексностью подхода к решению проблемы простатита и ЭД, а именно сочетанием в лечении режимных клинико-профилактических, психотерапевтических, физиотерапевтических и медикаментозных факторов. Примененный анализ, связанный с использованием анкетирования, так и УЗДГ сосудов мужской половой сферы, является адекватным и эффективным и может быть использован в исследованиях по данной проблеме.

КОМПЛЕКСНОЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИТЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Мягков Ю.А.[1], Иванов В.Н.[2], Карабач И.В.[1], Мягкова А.Ю.[1], Краев И.В.[1]
[1]Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
[2]ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

Нами изучена эффективность комплексного использования физиотерапевтических процедур (локального физического воздействия – сочетанная магнитолазерная терапия,

электрофорез лидазы, СМТ, общего физического воздействия-хвойные ванны, дождевой душ) в сочетании со специализированной лечебной гимнастикой и массажем у 154 больных с органическими дисфункциями (ЭД) в возрасте от 22 - 72 лет. При сравнительном изучении влияния консервативного восстановительного лечения на степень восстановления эректильной дисфункции в зависимости от характера патологического процесса, обусловившего развитие ЭД установлено, что по данным мониторинга ночных спонтанных эрекций с помощью АПК «Rigiscan Plus» фирмы Dacomed (США) наиболее высокие исходные показатели (средняя ригидность, суммарное время эрекции за сессию, длительность эрекции с ригидностью 100-80% (80-60 %) отмечены у пациентов с васкулогенной формой ЭД, тогда как у больных с кавернозным фиброзом и болезнью Пейрони эти показатели были достоверно ниже ($P < 0,05$). По показателю «число эрекций» достоверного отличия не выявлено. В процессе физиотерапевтического лечения наиболее выраженный терапевтический эффект отмечен у больных с болезнью Пейрони: средняя ригидность полового члена увеличилась 15±5,8% до 24±6,7, суммарное время эрекции за сессию - с 15±9,5 мин. до 27±11,2 мин., длительность эрекции с ригидностью 100-80% (80-60%) – с 0\12 мин до 0\26 мин. Однако, полученные среднестатистические данные не имели достоверных отличий ($P >0,05$). В то же время у 20 % пациентов достигнутый вследствие физиотерапевтического лечения уровень компенсации эректильных дисфункций (максимальный уровень ригидности превышал 70 %) позволил частично восстановить способность к проведению полового акта. На наш взгляд, полученные результаты обусловлены патогенетически адекватным воздействием физиотерапевтических процедур на очаги фибропластической индурации.

У больных с васкулогенными формами ЭД и кавернозным фиброзом прирост исследуюемых показателей был незначительным. Для исследования специфики кровоснабжения полового члена у больных с ЭД в процессе восстановительного лечения использованы методы допплерографической диагностики. При исследовании внутреннего диаметра кавернозных артерий установлено, что у больных с органическими формами ЭД он в среднем не превышал 0,7 мм и находился на уровне нижней границы нормальных показателей. В динамике консервативного восстановительного лечения этот показатель не изменялся. Средние показатели максимальной систолической скорости кровотока находились в приделах нормальных значений, что свидетельствовало об отсутствии признаков снижения артериального притока крови. В то же время в 2,7% случаев при наличии артериальной недостаточности этот показатель был достоверно ниже ($P >0,05$). Важным показателем уровня интракавернозного давления считается диастолическая скорость кровотока. В норме при уровне 100 мм.рт.ст. показатель конечной диастолической скорости кровотока в артериях полового члена составляет от 0 до 5 см\с. В случае нарушения вено-окклюзивной функции этот показатель становится выше 5 см\с. В нашем исследовании среднестатистические показатели этого критерия у всех категорий пациентов превышали 5 см\с, составляла при васкулогенных ЭД- 8,2±2,1 см\с, при кавернозном фиброзе – 6,9±3,2 см\с, при болезни Пейрони 6,7±1,8 см/с. Установлено, что этот показатель у пациентов с васкулогенными ЭД был несколько выше, чем у больных с кавернозным фиброзом и болезнью Пейрони ($P>0,05$).

В процессе восстановительного лечения достоверной положительной динамики максимальной систолической и конечной диастолической скорости кровотока установить

не удалось, что свидетельствует о сокращении признаков патологической венозной утечки. Для уточнения состояния вено-окклюзивного механизма в процессе восстановительного лечения у больных с ЭД производилась кавернозометрия, по данным которой выраженная венозная утечка (скорость нагнетания физиологического раствора более 100 мл\мин.) отмечена у 83,3% обследованных с васкулогенной формой ЭД и у 93,3% - с кавернозным фиброзом. При более детальном изучении механизмов компенсации нарушений вено-окклюзивной функции с помощью интракавернозного введения вазоактивных препаратов в процессе кавернозометрии выявлена большая пластичность адапционных реакций сосудов у больных с кавернозным фиброзом, о чем свидетельствует увеличение числа пациентов с соответствущим показателем с 13,3 %(до восстановительного лечения) до 26,7% (после его завершения).

Для оценки влияния разработанной схемы восстановительного лечения на иммунный статус пациентов с органическими формами ЭД проведилось иммунологическое исследование. Комплексное воздействие на организм пациента методов физического воздействия способствовало улучшению иммунного статуса, что проявлялось в достоверном увеличении концентрации лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, иммуноглобулинов G и M на фоне увеличения показателя снижения соотношения Т-хелперов, Т-супрессоров, что свидетельствует о благоприятном патогенетическом воздействии программы медицинской реабилитации на функциональное состояние организма.

Анализ данных оценки успешности половой жизни пациентами с органическими ЭД показал, что если на начальном этапе абсолютное большинство больных было не удовлетворено качеством половой жизни, то после проведения комплексного физиотерапевтического лечения в 25,5% случаев позволил добиться полного удовлетворения пациентов состоянием эректильной функции.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ДУВЛ НА ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЯХ

Мягков Ю.А., Карабач И.В., Краев И.Г., Мягкова А.Ю.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

В настоящее время проблема мочекаменной болезни остается по прежнему актуальной. Современное эндоурологическое и дистанционное лечение мочекаменной болезни, лазерная литотрипсия, внедрение новых и совершенствование старых контактных и бесконтактных литотриптеров помогают избежать использование рутиных оперативных методов лечения.

Послеоперационное лечение в этих случаях направлено на проведение мероприятий по осуществлению контроля и коррекции РН мочи и включает проведение ряда этапов. Ускорение отхождения фрагментов камней после ДУВЛ - важный этап в послеоперационном периоде.

В литературе достаточно освещены аспекты, посвященные консервативным методам выведения конкрементов из верхних мочевых путей: лечебная физкультура (двигательный режим), форсированный прием жидкости, локальная вибротерапия, использование синусовых и модулированных токов, ультразвука, наружной звуковой стимуляции почек.

Особенный интерес представляет применение фитотерапия в сочетании со звуковой стимуляцией почек и ЛФК. В фитотерапии издавна используется большое количество естественных растительных препаратов (медвежьи ушки, пол-пола, почечные сборы № 1 и № 2 и др.) и их сочетания, которые улучшают выделительную функцию почек и усиливают диурез, способствуют удалению слизи, гноя, сгустков крови, тканевого детрита, отхождению ”песка” и фрагментов камней. Наружная звуковая стимуляция почек позволяет добиться значительного повышения тонуса лоханки и мочеточника, что способствует более быстрому и безболезненному отхождению фрагментов камней после ДУВЛ. Лечебная физкультура также способствует отхождению фрагментированных осколков конкрементов.

В урологическом отделении филила № 2 3 ЦВКГ им А.А. Вишневского МО РФ за 1997 - 2013 годы находились на лечении 586 больных с мочекаменной болезнью, переведенных из других лечебных учреждений (ГВКГ им Н.Н. Бурденко МО РФ, 3 ЦВКГим А.А. Вишневского МО РФ и др.) после ударно-волновой литотрипсии и оперативного лечения. Возраст пациентов составил от 20 до 67 года. Средний возраст 43,5 лет. Все больные (100%) принимали настои мочегонных трав в оригинальной компановке (7 различных мочегонных трав). 17,7 % (n=104 чел.) больных из общего числа переведены в урологическое отделение ВГ с наличием мелких до 0,3-0,6 см. фрагментов с «каменной дорожкой», как правило, в тазовом отделе мочеточника. Последнее требовало применение лечебных методик, направленных на скорейшее отхождение фрагментов конкрементов.

Для этой цели мы использовали фитотерапию в сочетании с наружной звуковой стимуляцией почек аппаратом ”интрафон-2” в первом режиме, длительностью по 20-30 минут, количество процедур колебалось от 7 до 15 и специальным комплексом ЛФК.

Это позволило добиться более быстрого и безболезненного для пациента отхождения фрагментов камней нижней трети мочеточника в разные сроки от 4-5 дней от начала лечения до двух недель.

Комплексная восстановительная терапия- использование сочетания фитотерапии, наружной звуковой стимуляции почек и ЛФК - является наиболее эффективным в лечении больных мочекаменной болезнью после ДУВЛ, позволяет добиться более быстрого отхождениия фрагментов конкрементов, сократить пребывание пациентов в стационаре и тем самым получить более стойкую и длительную ремиссию.

РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ И ФАЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Мягков Ю.А., Карабач И.В., Краев И.Г., Мягкова А.Ю.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Эректильная дисфункция (ЭД) часто встречается у больных после радикальных операций на органах малого таза (рак предстательной железы, рак прямой кишки и т.д.). Частота возникновения ЭД после радикальной простатэктомии варьирует по литературным данным от 29% до 100% и зависит от методики оперативного вмешательства, возраста больного и терапевтической коррекции в послеоперационном периоде.

Патогенез ЭД у больных после радикальных операций на органах малого таза чаще всего связан с прямым интраоперационным повреждением тазового нервного сплетения. Не исключается и сосудистый генез ЭД, обусловленный нарушением как артериального притока, так и кавернозного вено-окклюзивного механизма.

Цель нашего исследования: наблюдения, посвященные частоте ЭД, возникающей после радикальных операций на органах малого таза, тактика терапевтической коррекции в послеоперационном периоде для профилактики и лечения ЭД. Под наблюдением находилось 52 пациента после радикальной простатэктомии выполненной по поводу рака предстательной железы в течениие 3 лет в ГВКГ им Н.Н. Бурденко МО РФ, 3 ЦВКГ им А.А. Вишневского МО РФ, 2 ЦВКГ МО РФ. 42 пациента обратились с жалобами на эректильную дисфункцию, 15-и больным было выполнено эндофаллопротезирование современными импортными протезами (10 пациентам установлены пластические протезы фирм MENTER et AMS США, 5-ым надувные трехкомпонентные ALFA-I,TITAN et ULTREX 700 CX). Средний возраст больных составил 60,5 лет. Диагноз ЭД ставили на основании: жалоб, подробного психологического и соматического анамнеза, собранного у больного и его партнерши (согласились на беседу 3 половые партнерши). Проводилось анкетирование по Международному Индексу Эректильной Функции (МИЭФ). Выполнены интракавернозный фармакологический тест (ИФТ) препаратом папаверин (20 чел), а также простагландином Е1 (эдекс, каверджект) (20 чел), виагра-тест (12 чел.). Для более объективной оценки реакции на введение препаратов исследование сочеталось с исследованием на АПК RigiScan Plus фирмы Dacomed (США) в реальном времени. Кроме того применялись: фармакодопплерография полового члена, цветная ультразвуковая фармакодопплерография при сочетании её с фармакологической искусственной эрекцией, фармакокавернозография; функциональная магниторезонансная и позитронная эмиссионная томография. Полученные результаты показали, что частота возникновения ЭД после радикальной простатэктомии составляет около 81%, из этого числа больных обратились за андрологической помощью 40%, больных, 50% за помощью не обращались, но были выявлены путем анонимного анкетирования, 29 % больных была выполнена операция эндофаллопротезирования, причем средний возраст этих пациентов составил 59,5 года. До оперативного лечения по поводу рака простаты у 90 % пациентов ЭД не отмечалось. Мы полагаем, что комплексное андрологическое обследование показано всем больным, переносящим радикальные операции на органах малого таза, как до их выполнения, так и после с целью раннего определения тактики терапевтической коррекции в послеоперационном периоде для профилактики и лечения ЭД. На наш взгляд доказали свою эффективность три метода лечения - индивидуальная вакуум-терапия, интракавернозное ведение простагландинов Е1, а также интрауретральное лечение эректильной дисфункции алпростадилом. При выраженных нарушениях артериального кровоснабжения полового члена лечение начинали с интракавернозных инъекций,

которые в настоящее время не являются препаратами выбора, но эффективность которых всё ещё превышает эффективность пероральных средств, что особенно выражено именно в этой группе больных. Применение интракавернозной терапии, по нашим данным, у определенной части больных позволяет улучшить показатели кровотока полового члена за счет «тренировки» гладкой мускулатуры и артерий кавернозных тел. Результаты комплексного андрологического обследования позволяют врачу проводить динамическое наблюдение и объективно оценивать эффективность проводимой терапии, изменяя ее по мере необходимости с более инвазивной на менее инвазивную, с более дорогой на менее дорогую. Имплантация протезов является завершающим этапом лечения ЭД, в случае неудачного исхода которого применение какого-либо альтернативного метода восстановления половой функции невозможно, кроме вакуумной терапии. Все современные протезы делят на три большие категории: пластические, механические и надувные. Пластические протезы имеют внутри металлическую сердцевину (серебряную или стальную проволоку), что дает половому члену возможность принимать различные положения. Надувные протезы позволяют половому члену находиться в расслабленном состоянии, но при активации придают ему достаточно ригидности для осуществления полового акта. Замкнутые надувные протезы активируются сдавлением дистальной части, двух- и многокомпонентные наполняемые протезы, являющиеся наиболее совершенными, имеют специальный резервуар с внутренним давлением и помпу в мошонке, при сжатии которой внутреннее давление резервуара передаётся на протезы, располагающиеся в кавернозных телах, что обеспечивает возникновение эрекции. По окончании полового акта эрекция прекращается путем активации специального механизма. Основным осложнением (от 1% до 3% операций) является развитие гнойного процесса в области протеза. В случае такого осложнения протез должен быть удален. Некроз и гангрена тканей наблюдаются редко, в основном у больных сахарным диабетом. Если протез слишком длинный, это может стать причиной болей во время полового акта. При этом протез может перфорировать белочную оболочку и расположиться под кожей, в уретру. Результаты протезирования полового члена обычно удовлетворительны, а в целом этот метод можно рассматривать как наиболее эффективный в лечении ЭД после радикальной простатэктомии при отсутствии альтернативы. Эректильная дисфункция является распространенным осложнением после радикальной простатэктомии. Основная причина послеоперационной ЭД, нейрогенная, она обусловлена повреждением тазового нервного сплетения и кавернозных нервов. Преднамеренное удаление нервных пучков связано с экстракапсулярной экстенцией опухоли. Непреднамеренное повреждение зависит от особенностей анатомии нервных пучков, качества хирургической техники и опыта хирурга. Естественное восстановление ЭД происходит у части мужчин через латентный период, неврапраксии в течение 12-24 месяца после РПЭ. Опыт показывает, что в течение первого года после операции и в последующим, наилучшим средством лечения ЭД оказывается ФДЭ-5 (виагра,сиалис, левитра,зидена). В период неврапраксии необходимо использование индивидуальной вакуумной терапии и интракавернозных инъекций простагландинов Е1. Они поддерживают пенильную сосудистую перфузию, оказывая антигипоксическое действие и препятствуют развитию кавернозного фиброза. Раннее назначение терапевтической коррекции в послеоперационном периоде, для профилактики и лечения ЭД, приводит к ее снижению до 58%.

Полученные данные говорят о необходимости создания единой андрологической службы(суперспециализация) в ВС РФ на базе урологического отделения филиала № 2 3 ЦВКГ МО РФ для реабилитационного лечения больных, перенесших радикальные операции на органах малого таза, на ранних сроках послеоперационного лечения, а сбор жалоб, андрологического анамнеза таких пациентов следует начинать до выполнения радикальных оперативных вмешательств.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Мягков Ю.А., Карабач И.В., Краев И.Г., Мягкова А.Ю.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

По данным различных авторов преждевременная эякуляция считается довольно распространенной формой копулятивной дисфункции и встречается у 20-40% мужчин. Преждевременной эякуляцией (ПЭ) называется сексуальная дисфункция, необусловленная органическими нарушениями или заболеваниями и заключающаяся в невозможности контролировать эякуляцию в той мере, которая достаточна, чтобы оба партнера получили удовлетворение от полового акта (МКБ 10).

В научной литературе и по настоящее время нет четкого определения понятия преждевременной эякуляции (ПЭ). В урологическом отделении филиала № 2 3 ЦВКГ им А.А. Вишневского МО РФ за последние 4 года проведено лечение 57 пациентам с ПЭ по стандартными методиками (сексуально-поведенческая терапия эффектиность-60% и ниже, местные средства – до 80%, но временно, ингибиторы обратного захвата серотонина – эффективность 25-53%, альфа 1-адреноблокаторы -50%, интракавернозные иньекции до 100 %, но не решают сути вопроса).

Средний возраст пациентов составил 38,5 лет. Нестандартное лечение проводилась 6 – пациентам - микрохирургическая денервация головки полового члена по методике (Сокольщика М.М. 2004 г). Всем пациентам перед операцией выполнялся лидокаиновый тест и проведение несколько половых актов с использованием презерватива. Этот тест отражал суть операции, что позволяло нам с уверенностью судить о сохранении эрекции и эякуляции у пациентов в послеоперационном периоде до восстановления чувствительности. Околовенечным доступом проводилось скелетирование полового члена. На расстоянии 2-3 см от края разреза выделяются основные нервные стволы (4-5) по дорзальной поверхности полового члена, иннервирующие головку. Затем нервы пересекаются. С помощью операционного микроскопа (увеличение 10-12 крат.) и микрохирургического инструментария нервы восстанавливаются путем наложения интрафасцикулярного шва проленовой нитью 10\0 конец в конец. В течение 2-3 месяцев наблюдается анестезия головки полового члена, затем восстанавливается частично («мозаичная») чувствительность. По мере восстановления чувствительности пациенты привыкали к новым ощущениям, у них формируется нормальный эякуляторный рефлекс и пациенты в дальнейшем уже могли сами контролировать продолжительность полового

акта. Чувствительность головки и кожи полового члена обычно полностью восстанавливалась через 6-8 месяцев. Продолжительность половых актов увеличилась до нормальных величин (2-12 минут). Длительность полового акта до операции у наших пациентов составил 10-30 секунд.

Данная оригинальная оперативная методика лечения ПЭ восстанавливает и сохраняет высокое качество жизни пациентов и может быть рекомендована для применения в высокоспециализированных урологических центрах (стационарах).

ПРИМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АНДРОГЕНАМИ («АНДРОГЕЛЬ») У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, ВОЗРАСТНЫМ ДЕФИЦИТОМ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мягков Ю.А., Краев И.Г., Карабач И.В., Мягкова А.Ю.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Заместительная терапия андрогенами имеет 60-летнюю историю. В последнее время показания к применению терапии андрогенами расширились и она приобретает все большую популярность и распространенность в лечении возрастного андрогенного дефицита (ВАД), или синдрома PADAM (синдрома частичной андрогенной недостаточности пожилых мужчин). Заместительная гормональная терапия препаратами тестостерона не только не улучшает половую функцию мужчины и повышает ее эффективность, но и положительно влияет на течение многих соматических заболеваний, в частности сердечно-сосудистых,которые занимают лидирующее место не только в структуре причин эректильной дисфункции (ЭД),но и среди причин мужской смертности на территории РФ и всего мира. В России зарегистрирован и стал применяться в клинической практике препарат «Андрогель» - это новая система трансдермальной доставки лекарственного средства наружного применения. В отличие от широко применяемых парентеральных форм тестостерона(сустанон,омандрен) на фоне приема препарата «андрогель» не отмечается супрафизиологических пиковых концентраций тестотерона в течение всего периода лечения. Препарат обеспечивает стабильную сыворочную концентрацию тестостерона у мужчин в приделах физиологической нормы.

Мы провели оценку эффективности и безопасности препарата «андрогель» у мужчин с ВАД, ЭД и ССЗ.

В исследование было включено 12 пациентов в возрасте от 45 до 64 лет с ранее диагностированной ИБС, обратившихся за медицинской помощью в связи с нарушением половой функции. При обследовании у них было обнаружено снижение содержание тестостерона ниже 12 нг\мл. Пациенты получали препарат «андрогель» в дозе 50 мг ежедневно наружно.Оценка эффективности проводилась через 30 и 60 дней. До лечения у пациентов как результат снижения тестостерона отмечалось: снижение полового влечения, уменьшения обьема эякулята,снижение интенсивности оргазма,различной степени нарушения половой функции (средний балл по шкале МИ-ЭФ составила

10),снижение физической силы,работоспособности,сонливость,утомляемость, депрессивное состояние, абдоминальное ожирение.

На фоне проводимой терапии препаратом «Андрогель» у всех пациентов значительно улучшилась половая жизнь.

Клиническое повышение уровня тестостерона(на 30 сутки составлял 16±1,5 нмоль\л, а на 60 сутки 17±1,4 нмоль\л) на фоне применения препарата «Андрогель» подтверждалось следующими изменениями у всех пациентов нормализация полового влечения, улучшение качества эрекции, повышение работоспособности и физической активности, улучшение общего самочувствия, улучшение настроения, уменьшение количества жировой ткани.

Таким образом, терапия тестостероном,препаратом «Андрогель», дает спектр положительных эффектов в отношении сердечно-сосудистой системы, в том числе сосудов полового члена. Соотвественно применение препарата «Андрогель» у мужчин с ВАД и СС3 эффективно, безопасно и позволяет повысить качество жизни пациентов.

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ (С КУРСОМ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ) ГИУВ МО РФ

Неборский А.Т., Шалыгина О.И.
Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ, г. Москва

Прошло50 лет с того времени, когда в России были признаны методы чжень-цзю терапии и включены в государственную систему медицинской помощи населению. За эти годы проведена большая работа по изучению, теоретическому обоснованию, подготовке специалистов, внедрение в практическое здравоохранение страны диагностических, лечебных и профилактических методов чжень-цзю терапии, получивших в нашей стране название «рефлексотерапии». В 1957 году Минздравом СССР были утверждены «Временные методические указания по применению иглоукалывания и прижигания», где определены показания и противопоказания к использованию иглоукалывания.

Обучение специалистов в СССР по рефлексотерапии началось в 1956 году, при поддержке члена-корреспондента АМН ССР профессора И.Г.Кочергина. Минздравом были направлены в Китай профессора В.Г. Вогралик, И.И.Русецкий, Я.М.Волошин, Э.Д. Тыкочинская, доценты Н.Н. Осипова, М.К.Усова для изучения теоретических основ и практического освоения методов.Чжень-цзю терапии. После возвращения специалистов из Китая организовано преподавание по рефлексотерапии в Государственных институтах совершенствования врачей города Москвы, Ленинграда, горького, Казани.

В 1976 году был открыт Центральный научно-исследовательский институт рефлексотерапии, директором которого назначен профессор-нейрофизиолог Р.А.Дуринян.

Под его руководством создана новая научная школа по изучению механизмов традиционной акупунктуры, разработаны новые методы рефлекторной диагностики и терапии. В 1988 году вышли Методические рекомендации, утвержденные Центральным военно-медицинским управлением по «Организации работы кабинета рефлексотерапии», предназначенные для врачей военных лечебно-профилактических учреждений.

Подготовка врачей рефлексотерапевтов для военной медицины проводится в государственной гражданской системе последипломного образования, и в военной; это на кафедре неврологии ВМА им. Кирова, на кафедре медицинской реабилитации и физических методов лечения ГИУВ МО РФ г. Москвы.

Подготовка рефлексотерапевтов в нашем институте началась с 1992 года. В 1993 году на кафедре медицинской реабилитации и физических методов лечения был открыт курс традиционных методов лечения и проводится первичная подготовка и усовершенствование врачей по рефлексотерапии.

За 15 лет для военных лечебных учреждений подготовлено 270 рефлексотерапевтов, в том числе офицеров 85 человек, специалистов из военных госпиталей - 120 человек, военных санаториев - 50 и военных поликлиник - 60. География мест службы и работы наших учеников обширна и распространяется от Калининграда до Южно-Сахалинска, от Астрахани до Североморска.

В учебный процесс преподавания рефлексотерапии, кроме традиционных лекций, практических занятий внедрены активные формы обучения; семинары, клинические разборы, решение тестовых задач. В течение четырехмесячного и полуторамесячного периодов обучения слушатели привлекаются к научно-исследовательской работе, анализу историй болезни, реферированию тематической литературы с последующим докладом на научно-практической конференции группы. Врачи, имеющие большой опыт работы, могут поделиться им на семинарских занятиях и научно-практических конференциях. Результат переподготовки врачей - это освоение теоретических знаний и практических навыков, позволяющих самостоятельно работать в новой специальности - врач-рефлексотерапевт. На циклах усовершенствования рефлексотерапевты знакомятся с новыми методиками диагностики и лечения, совершенствуют технику иглоукалывания, активно изучают учебную информацию, обмениваются опытом, что способствует повышению квалификации специалистов.

Наряду с педагогической деятельностью коллектив кафедры ведет и научную работу. Профессором А.Т.Неборским разработан и внедрен в практику метод электрометрии биологически активных точек с помощью аппарата «Агнис-Бот-02». Применение этой методики позволяет объективно оценить состояние больного и оптимально выбрать метод рефлексотерапевтического воздействия, контролировать правильность и силу воздействия, а также оценить эффективность лечения. Профессором А.Т.Неборским, доцентом О.И.Шалыгиной и ассистентом С.А.Неборским выпущены монографии, методические пособия в области рефлексотерапии, что позволяет постоянно улучшать качество преподавания.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ПОЛИСЕНСОРНОЙ ЗРИТЕЛЬНОЙ РЕЛАКСАЦИИ В ЦЕЛЯХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АККОМОДАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ

Овечкин И.Г.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Одним из приоритетных направлений восстановительной медицины является разработка и внедрение в практическую деятельность специальных средств, обеспечивающих коррекцию систем организма, наиболее подверженных неблагоприятному воздействию психотравмирующих факторов повседневной деятельности. При этом данные средства должны обеспечивать физиологически обоснованные пути воздействия, быть просты в обращении с минимальными побочными эффектами. Преломляя изложенные положения к «восстановительной офтальмологии», следует особо выделить актуальность коррекции нарушений аккомодации, связанных с реакцией на интенсивную зрительную работу, так как именно данные нарушения могут возникать у практически здоровых людей вследствие стрессового характера повседневной деятельности.

Целью настоящей работы явилось исследование динамики показателей аккомодографии после курса полисенсорной зрительной релаксации (ПЗР).

Обследовано 34 пациента зрительно-напряженного труда (профессиональные пользователи персональных компьютеров) в возрасте 26-34 лет с функциональными нарушениями аккомодации без сопутствующей патологии органа зрения. Методика ПЗР основывалась на комбинированном воздействии (8-10 сеансов) на орган зрения низкоэнергетического лазерного излучения и аудио-визуальной стимуляции на основе применения психорелаксирующих фильмов (Шакула А.В., Маликова Т.А., 2008). Проведение объективной аккомодографии выполнялось на приборе «Righton Speedy-«I» с определением значений коэффициентов аккомодационного ответа (КАО) и микрофлюктуаций (КМФ) по общепринятой методике (Жаров В.В. с соавт., 2007). Наряду с этим до и после курса ПЗР оценивались субъективные показатели, включающие «качество зрительной жизни» (КЗЖ) и выраженности астенопии (Овечкин И.Г., 2006)

Результаты проведенной работы показали, что после проведения курса ПЗР отмечается улучшение показателей аккомодограммы (увеличение КАО на 18,6%, снижение КМФ на 26,4%), что в целом свидетельствует о нормализации функционирования аккомодационного аппарата глаза. Наряду с этим, положительная динамика аккомодационных показателей сопровождалась достаточно существенным снижением выраженности астенопических жалоб и повышением КЗЖ (на 6,8%).

Таким образом, методика ПСР может быть рассмотрена в качестве одного из базовых методов комплексного воздействия в рамках проведения лечебно-восстановительных мероприятий у пациентов зрительно-напряженного труда с функциональными расстройствами аккомодации.

К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМАХ АККОМОДАЦИИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ АККОМОДИРУЮЩИХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ

Овечкин И.Г.[1], Шалыгина Е.Л.[2]
[1]*Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва*
[2]*ГБУЗ «Медсанчасть № 51» Департамента здравоохранения Москвы, г.Москва*

В настоящее время хирургия катаракты по качеству зрения, получаемого пациентом после операции, может относиться к рефракционному типу вмешательств с возможным сохранением аккомодации, чему способствуют инновационные технологии в офтальмохирургии и новые высококачественные интраокулярные линзы (ИОЛ) различного типа. Настоящее исследование выполнено с целью оценки аккомодационной функции глаза у пациентов после факоэмульсификации катаракты с имплантацией аккомодирующих ИОЛ.

Методика работы основывалась на обследовании 48 пациентов (58 глаз) в возрасте 49 -64 лет (средний возраст 54,8±0,8 года) через 1-6 месяцев после проведения стандартной факоэмульсификации неосложненной катаракты с имплантацией ааккомодирующей ИОЛ «Crystalens HD500». Всем пациентам было выполнено обследование состояния зрения, направленное на оценку аккомодационной функции глаза, включающее в себя: измерение передне-задней оси (ПЗО) глаза, среднего радиуса роговицы (СРР) и глубины передней камеры (ГПК) глаза (при узком зрачке без оптической нагрузки, при узком зрачке с оптической нагрузкой -3,0 дптр и в условиях циклоплегии без оптической нагрузки) на приборе «ИОЛ-Мастер», а также исследование на приборе «Righton Speedy-I» показателей объективной аккомодографии.

Полученные данные свидетельствуют о статистически значимых изменениях показателей СРР (усиление на 4,8 дптр) и ГПК (уменьшение на 0,5 мм) в условиях предъявления оптической нагрузки (при стабильных показателях ПЗО), что указывает, с нашей точки зрения, на наличие аккомодации в артифакичном глазу. Наряду с этим, определена ведущая роль микрофлюктуаций аккомодации и взаимосвязь данного показателя преимущественно с динамикой глубины передней камеры глаза. По-нашему мнению, это свидетельствует о смещении интраокулярной линзы во время акта аккомодации вследствие сокращений цилиарной мышцы. Изложенное положение согласуется с концепцией, согласно которой аккомодирующие ИОЛ пропорционально реагируют на сокращение цилиарной мышцы (Marchini G., 2007).

Таким образом, представленные результаты указывают на наличие истинной аккомодации у пациентов после имплантации аккомодирующих ИОЛ, что подтверждается динамикой базовых параметров аккомодационного ответа (увеличение среднего радиуса роговицы и уменьшение глубины передней камеры глаза на предъявление оптического аккомодационного стимула), связанной с работой аккомодационной мышцы глаза.

ОБЪЕКТИВНАЯ АККОМОДОГРАФИЯ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

Овечкин И.Г.[1], Шалыгина Е.Л.[2]
[1]*Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва*
[2]*ГБУЗ «Медсанчасть № 51» Департамента здравоохранения Москвы, г. Москва*

Аккомодационная система зрительного анализатора занимает особое место с позиций качества и надежности профессиональной деятельности у лиц зрительно-напряженного труда, так как аккомодационные нарушения могут приводить к существенному снижению зрительной работоспособности, вплоть до отказа от выполнения зрительной работы. Исходя из изложенного, сохранение высокого уровня функционирования аккомодационной системы зрительного анализатора является актуальной задачей, имеющей важное медицинское и народно-хозяйственное значение.

Существующие методы оценки аккомодации по уровню применяемого оборудования можно достаточно условно разделить на три группы. Первая основана на применении простейших оптических средств (стандартный набор стекол, оптотипы), позволяющих определять ближайшую точку ясного зрения и положительные (отрицательные) резервы аккомодации. Вторая группа основана на применении приборов, либо определяющих в стандартных условиях ближайшую и дальнейшую точки ясного зрения (к примеру, аккомодометр «АКА-01» или оптометры, либо оценивающих аккомодацию с позиций динамической рефракции на основе «лазерных спеклов» (к примеру, лазерный анализатор рефракции «ЛАР-2»). Третья группа аппаратов позволяет оценивать объем аккомодации в динамике (различные варианты глазных эргографов). В этой связи важно подчеркнуть, что все изложенные методы являются *субъективными* (выделено авторами), так как подразумевают активное участие пациента в процессе обследования, связанное с оценкой видимости («вижу», «не вижу») предъявляемого тестового объекта. Исходя из этого, данные методы требуют ряд специфических и порой трудно выполнимых условий, связанных с фиксацией уровня внешней освещенности, стандартизацией расстояния, обеспечения постоянной скорости предъявления объекта, высокой мотивацией и внимательностью пациента, а также ряда других факторов, что в целом существенно снижает качество проводимого исследования.

Одной из ведущих тенденций развития диагностического оборудования в медицине является объективизация собственно процесса обследования, что проявляется в различных областях медицинской практики и, в первую очередь, при оценке сердечно-сосудистой системы и рентген диагностики. Указанная тенденция нашла свое отражение и в практике обследования аккомодационной системы глаза с внедрением объективной аккомодографии (на приборе «Righton Speedy-«I») на основе оценки аккомодативных микрофлюктуаций.

Методика проведения аккомодографии заключается в предъявлении пациенту (монокулярно) зрительного стимула на различном расстоянии до глаза – от бесконечности до 20 см, проводится определение рефракции, затем предъявляется стимул с данной рефракцией (создаются условия для эмметорпии) и затем ступенчато увеличивается

рефракция стимула на 0,5 Д: –0,5 Д,–1,5 Д,–2,0 Д. (до –5,0 Д). Во время исследования аккомодации прибор многократно измеряет рефракцию глаза на фоне предъявляемой нагрузки, затем данные поступают на компьютер, где обрабатываются и отражаются на экране монитора в виде результирующих диаграмм. В норме для аккомодограммы характерны:

– нарастающий ход кривой и устойчивость аккомодограммы, при исследовании показатели аккомодационного ответа должны постоянно нарастать, быть устойчивыми, не давать «провалов»;

– количественный диапазон аккомодограммы (по уровню микрофлюктуаций) должен быть представлен преимущественно минимальным уровнем с возможным повышением (на 5%-10%) в зоне конечного (-5,0 дптр) напряжения аккомодации.

При этом дальнейшая обработка поступающих данных позволяет рассчитать ряд показателей (коэффициенты аккомодационного ответа, микрофлюктуаций и анизометропичности аккомодации и др.), обеспечивающих количественную оценку степени напряжения цилиарной (аккомодационной) функции глаза и уровень функционирования аккомодационной системы в целом.

Накопленный нами опыт проведения объективной аккомодографии позволяет заключить перспективность метода при оценке состояния аккомодации, что в целом предполагает следующие основные направления возможного применения данного метода в офтальмологии:

- оценка состояния и необходимость коррекции аккомодационных нарушений в рамках эксимерлазерной коррекции различных видах аномалий рефракции;

- оптимальность выбранной очковой коррекции при аномалиях рефракции и особенно при пресбиопии;

- применение в качестве одного из ведущих методов оценки в рамках офтальмоэргономики различных видов зрительно-напряженного труда.

В этой связи следует особо подчеркнуть полученные нами данные, касающиеся исследованию аккомодационной способности глаза у военнослужащих старше 45 лет. Результаты проведенных исследований показали более поздние изменения аккомодации по сравнению с общепринятыми канонами. При этом важно подчеркнуть, что методика объективной аккомодографии позволяет оценить по аккомодационному ответу динамическую рефракцию глаза или, иными словами, истинную («хрусталиковую») аккомодацию. Собственно факт наличия аккомодационного ответа и микрофлюктуаций у лиц старше 50 и даже 55 лет свидетельствует о практической целесообразности учета данного положения при назначении очковой коррекции или в рамках прогнозирования состояния рефракции после факоэмульсификации катаракты с имплантацией интраокулярных линз. Последнее положение определяется тем, что в настоящее время хирургия катаракты по качеству зрения, получаемого пациентом после операции, может относиться к рефракционному типу вмешательств, что связано с внедрением новых технологий офтальмохирургии и разработкой высокотехнологичных интраокулярных линз. Одной из основных задач после хирургического лечения катаракты признается восстановление аккомодационной функции глаза, что обеспечивает полноценную зрительную реабилитацию. В этой связи представляется достаточно очевидным необходимость выявления эффективных методов исследования состояния и возможностей

аккомодационного аппарата пациента на этапе дооперационного исследования, одним из которых, согласно полученным в настоящей работе данным, может явиться объективная аккомодография.

Наряду с этим, не менее важным представляются перспективы применения объективной аккомодометрии в рамках восстановительной медицины. Последнее положение требует отдельного обсуждения. Проведенные нами исследования указывают, что возникновение у пациентов различных соматических расстройств, связанных с явлениями «вегетативного стресса» или нарушений психологической адаптации (вегето-сосудистого или постстрессового генеза, субъективных проявлениях синдрома хронической усталости и др.), сопровождается в 26%-38% случаев нарушениями аккомодации в виде спазма, которые проявляются снижением остроты зрения, трудностью фокусировки, светобоязнью, слезотечением, связанными с функциональными нарушениями зрительной системы, а также общей симптоматикой (головная боль, раздражительность, тахикардия и др.) в рамках проявлений «вегетативного невроза». При этом следует выделить следующие особенности явления спазма аккомодации в контексте восстановительной медицины:

- наличие характерных объективных показателей состояния аккомодации и субъективных жалоб на состояние органа зрения;
- наличие установленного диагноза астено-вегетативного синдрома, или пострессовых расстройств, или субъективных проявлений синдрома хронической усталости;
- наличие повседневной интенсивной зрительной работы с высоким уровнем ответственности за результат;
- возраст в пределах 20-36 лет, что обосновывает полное формирование аккомодационной системы и отсутствие возрастных (пресбиопических) факторов;
- отсутствие какой-либо другой патологии со стороны органа зрения.

Проведенные нами специальные исследования показали, что основные закономерности функциональных нарушений аккомодационного аппарата у пациентов зрительно-напряженного труда с расстройствами психологической адаптации определяются ухудшением показателей, характеризующих аккомодационный ответ (на 69,2%-81,3%, $p<0,05$) и высокочастотные микрофлюктуации аккомодационной мышцы (на 15,1-87,5%, $p<0,05$). Проведение комплекса реабилитационных мероприятий у данной категории пациентов сопровождается существенным улучшением параметров аккомодационной системы глаза (на 19,2-41,7%, $p<0,05$), а также повышением «качества жизни» (на 7,1-9,2%, $p<0,05$). Таким образом, применительно к оценке данной патологии метод объективной аккомодометрии может, на наш взгляд, являться одним из ведущих диагностических методов, позволяющий классифицировать базовые признаки нарушения аккомодации психосоматического генеза.

В заключение следует подчеркнуть, что широкое внедрение методов объективного исследования аккомодации позволит принципиально по-новому подойти к решению практических вопросов диагностики и коррекции аккомодационных нарушений в рамках офтальмологии и восстановительной медицины.

КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА ВЫЯВЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ

Павлов А.И.
ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского» Минобороны России, г. Красногорск

Проблемы своевременной диагностики, эффективной профилактики и разработки этапной системы медицинской реабилитации больных с патологией печени, в частности с хроническими неинфекционными гепатитами, являются актуальным разделом медицинской науки и недостаточно полно и глубоко изученным направлением восстановительной медицины. Особенно актуальным представляется комплексный подход к персонализации оздоровительных и реабилитационных программ в практике здравоохранения, который позволяет расширить понятие персонализированной медицины (ПМ) как модели организации медицинской помощи, основанной на индивидуальном подходе к выбору профилактических, лечебных, и реабилитационных технологий в соответствии с механизмами их воздействия на организм, на основании анализа индивидуальных генетических, физиологических, биохимических и других особенностей организма.

Известные формы хронических гепатитов (ХГ) многообразны и могут быть как основными, так и сопутствующими другим заболеваниям. Часть из них протекает доброкачественно и поддается лечению, но другая часть при несвоевременной диагностике, при неквалифицированном лечении приводит не только к инвалидизации, но и к летальным исходам. Самым высоким показателем смертности среди неопухолевых заболеваний органов пищеварения отличается цирроз печени (ЦП). В большинстве случаев он представляет собой неблагоприятный итог развития хронических алкогольных и вирусных гепатитов. ЦП вносит существенный вклад в общегоспитальную летальность, в 6 раз превышая её средний показатель, причем 70 % больных умирают от ЦП в трудоспособном возрасте. Алкогольная болезнь печени также относится к распространенным заболеваниям – она выявляется у 10 – 25 % мужского населения большинства развитых стран, и несколько реже у женщин.

На основании изучения раннее предложенных различными авторами систем активного выявления больных с заболеваниями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, а также существующей системы выявления, диагностики и лечения больных с заболеваниями печени нами на основании принципов персонифицированной восстановительной медицины разработана и внедрена система их раннего выявления, верификации, лечения и медицинской реабилитации на различных этапах реабилитационной системы.

Система предполагает выделение двух этапов исследования – скрининга и верификации. На первом этапе проводится скрининговое обследование с максимальным охватом всех пациентов и минимальным необходимым объёмом обследования и привлечением специалистов широкого профиля с целью выявления патологии печени. При выявлении патологических изменений на втором этапе системы (верификации)

проводится специализированная диагностика заболеваний печени, комплексное лечение и медицинская реабилитация с привлечением узких специалистов (гастроэнтерологов и гепатологов). На основе анализа работ последних лет в области медицинской реабилитации можно отметить, что в современных условиях выделяются следующие этапы лечения и реабилитации больных с заболеваниями печени: стационарный (госпитальный ранний и поздний), санаторный и амбулаторно-поликлинический с динамическим наблюдением.

На стационарном этапе проводится диагностика с применением современных методов, согласно мировым стандартам, (лабораторно-инструментальные методы исследований, привлечением специалированных исследований лабораторных маркёров, вплоть до сцинтиграфии, биопсии печени, а при наличие противопоказаний выполнения эластометрии). Лечение проводится с применением современных методов диетотерапии, лечебной физкультуры, физиотерапии, с обязательно индивидуальным и комплексным подходом с учётом степени тяжести и риска развития осложнений, коррекцией трофологического статуса. Для этой цели используют глюкокортикостероиды, антицитокиновые препараты, антибиотики, метаболические препараты, гепатопротекторы и другие необходимые лекарственные средства.

На санаторном этапе применяются методы диетотерапии, ЛФК, климатотерапии, физио-, бальнеотерапии и психотерапии. Этот этап направлен на закрепление достигнутых в стационаре результатов, заключающихся в улучшении состояния, продлении достигнутой ремиссии и выздоровлении.

Амбулаторно-поликлинический этап включает в себя использование методов реабилитации, состоящих из диетических рекомендаций, методов персонифицированной физиотерапии, лечебной физкультуры, при необходимости психотерапии, ориентированных на достижение результата реабилитации пациентов с болезнями печени и характеризуется улучшением состояния больных, стабилизацией патологического процесса, фазы ремиссии после течения заболевания и выздоровлением.

В настоящее время в системе медицинского обеспечения военнослужащих разработаны и внедрены: единая идеология диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний печени; разработаны программы ведения и реабилитации больных с патологией печени, налажено взаимодействие стационарного, санаторного и поликлинического этапов медицинской реабилитации; проводится регулярный анализ результатов с постоянной коррекцией и внедрением нового в повседневную деятельность; организованы и функционируют школы для больных с патологией печени; организована работа гепатологического центра 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского, как координатора системы медицинской реабилитации больных с патологией печени.

Мероприятия по обследованию и лечению, включаемые в разработанную персонифицированную этапную систему, обеспечивают полноту диагностики состояния и восстановительного лечения больных с патологией печени на всех этапах медицинской реабилитации и повышают качество и эффективность медицинской помощи военнослужащим.

ОПЫТ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КРУПНОМ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Попов А.П., Федотов Н.Н., Покусаев А.А., Лазарева Л.Е., Диденко О.И., Тарануха В.К.
Филиал № 6 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Поликлиникам принадлежит особая роль в общей системе реабилитации. Именно здесь закрепляются результаты реабилитационных мероприятий, достигнутые в период стационарного и санаторного лечения, решаются задачи по восстановлению профессиональной деятельности, проводится психологическая и социальная реабилитация. Недооценка роли поликлинического звена препятствует осуществлению незыблемого принципа преемственности медицинской помощи, способствует затяжному течению болезней, эволюции их в хронические формы, пополнению категорий «часто и длительно болеющих». В координации использования методов восстановительного лечения между специалистами диагностических и лечебных отделений (кабинетов) поликлиник, усилении контроля за выполнением больными лечебных процедур, их переносимостью и эффективностью положительную роль имело издание трехтомного руководства «Медицинская реабилитация в лечебных учреждениях Армии и Флота» (1990).

Филиал № 6 располагает многолетним опытом работы по реабилитации лиц, перенесших острые заболевания внутренних органов, нервной системы, хирургические вмешательства и травмы. На первом этапе (1984 – 1991 г.г.) ответственными за организацию и проведение восстановительного лечения являлись лечащие врачи широкого профиля. В последующем в связи со значительным укреплением материально-технической базы и кадрового состава, развитием специализированной диагностики и терапии стало возможным проведение и специализированного восстановительного лечения. В этих целях в 1992 году в составе филиала было создано отделение восстановительного лечения (ОВЛ), первое среди военно-поликлинических учреждений. В основу деятельности ОВЛ были положены принципы непрерывности, преемственности, последовательности, этапности и индивидуального подхода в реализации программ восстановительного лечения.

Основными задачами ОВЛ являются:

- отбор больных для своевременного начала лечения;
- разработка и реализация индивидуальных программ реабилитации с использование современных средств и методов восстановления функций, утраченных в результате болезней и травм;
- постоянный врачебный контроль;
- координация работы всех диагностических и лечебных отделений и кабинетов, участвующих в процессе восстановительного лечения;
- взаимодействие с командованием воинских частей и учреждений по военно-профессиональным аспектам реабилитации.

В ОВЛ проводится медицинская, физическая и психологическая реабилитация больных, перенесших острые заболевания терапевтического профиля (инфаркт миокарда, острая пневмония, впервые выявленная язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки,

вирусный гепатит и др.); хирургического (состояния после различных оперативных вмешательств и травм, флебэктомии и грыжесечения, баллонной ангиопластики со стентированием коронарных артерий, аортокоронарного шунтирования, протезирования клапанов сердца) и неврологического (инсульты и преходящие нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговые травмы и др.) профилей. Кроме того, в специализированных отделениях филиала реабилитация проводится пациентам с ЛОР-патологией, урологическими, и офтальмологическими заболеваниями, гинекологическими – у женщин-военнослужащих.

Пациентам, которые не могут посещать филиал в связи с тяжестью перенесенных и сопутствующих заболеваний восстановительное лечение на дому проводится по индивидуальной программе.

С 1992 по 2013 год восстановительное лечение проведено 30046 больным, в числе которых офицеры кадра (ОК) составили 37,7% и 62,3% офицеры запаса и в отставке (ОЗ/ОО). С заболеваниями терапевтического профиля было 39% пациентов, хирургического – 49% и неврологического 12%. Из заболеваний терапевтического профиля у ОК основное место занимает впервые выявленная язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки – 42%, далее следуют состояние после перенесенных острых желудочно-кишечных заболеваний – 17% и острой пневмонии – 12%. В группе ОЗ/ОО 55% больных реабилитируется после острого инфаркта миокарда, 20% – острой пневмонии. Ведущее место в хирургической патологии пришлось на состояния после различных травм – 47% у ОК, а у ОЗ/ОО – 44%. Среди ОК преобладает восстановительное лечение по поводу острых заболеваний периферической нервной системы (36%), у ОЗ/ОО доминируют острые сосудистые заболевания головного мозга (31%).

В процессе специализированного восстановительного лечения были активно внедрены и широко применяются лазерная терапия с использованием гелий-неонового инфракрасного лазера, лазеропунктура, магнитоимпульсная терапия, методы седативной терапии, акупунктура, мануальная терапия, рациональная психотерапия с использованием методик гипносуггестивной психотерапии и аутотренинга, гипербарическая оксигенация, резистивная тренировка дыхательной мускулатуры и др.

Наряду с физической активацией существенное место занимала психологическая и военно-профессиональная реабилитация, постоянная и активная связь с командованием учреждений и войсковых частей, а также с родственниками больных.

Внедрение эффективных методов реабилитации позволило снизить число, нуждающихся в постоянной медикаментозной терапии с 76,4 до 23,6%, восстановить нормальные психические и физиологические функции организма у 73,7% пациентов, снизить уровень астеноневротических проявлений с 31,3 до 3,9%.

Анализируя исходы восстановительного лечения, необходимо отметить, что восстановительное лечение с исходом в выздоровление завершили 69% больных (73% ОК и 66% ОЗ/ОО). 26% пациентов по окончании лечения и достижении ремиссии (ИБС, язвенная болезнь, болезни центральной нервной системы) были переданы участковым врачам для дальнейшего диспансерного динамического наблюдения и проведения мероприятий вторичной профилактики. Несмотря на проводимое восстановительное лечение, у 3% больных имел место переход в хронические формы заболеваний, у 2% –

обострение и рецидивы заболевания и у 0,2% – летальный исход (следует отметить, что в процессе реабилитации летальных исходов у ОК не наблюдалось).

Исход в выздоровление отмечен у всех больных, перенесших острые желудочно-кишечные заболевания (вирусный гепатит, острая дизентерия, острые кишечные инфекции). 99,5% больных после восстановительного лечения по поводу острой пневмонии выздоравливают, 90% лиц, перенесших инфаркт миокарда, возобновили служебную деятельность и восстановили трудоспособность в полном объеме. Исход в выздоровление отмечен у 85% больных, перенесших различные оперативные вмешательства и травмы. С 30% до 9% уменьшилось число рецидивов после реабилитации больных с впервые выявленной язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

Наш многолетний опыт убеждает, что совершенствование организационных форм и методов восстановительного лечения на поликлиническом этапе позволяет значительно сократить сроки лечения и возвратить к военной службе и трудовой деятельности максимальное число больных.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ С АМПУТАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Поправка С.Н.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Актуальность медицинской реабилитации пострадавших с ампутационными дефектами нижних конечностей в настоящее время определяется значительным удельным весом этой группы в структуре заболеваемости и инвалидизации населения трудоспособного возраста. Сегодня травматизм - это приоритетная медицинская и социальная проблема современного общества. В России показатель потерянных лет потенциальной жизни от травм на 39 % больше, чем от болезней системы кровообращения, так как большинство пациентов относятся к молодому, наиболее трудоспособному возрасту. Среди причин, приводящих у лиц трудоспособного возраста к ампутациям нижних конечностей, первое место занимают травмы.

Разработка и обоснование современных технологий в программах медицинской реабилитации больных является важной научной проблемой. Стратегической целью медицинской реабилитации является компенсация нарушенных функций, увеличение функциональных резервов, совершенствование адаптационных механизмов организма, восстановление трудоспособности пациентов и вторичная профилактика заболеваний.

Травматическая патология у пострадавших с ампутационными дефектами нижних конечностей представляет большой интерес для широкого круга врачей практической медицины, так как процесс реабилитации длителен и требует привлечения специалистов различных профилей, а также нуждается в разработке принципиально новых лечебных и

профилактических мероприятий с учетом направленности процессов адаптивных или патологических реакций организма, а также совершенствования системы протезирования, применения физических, психологических, традиционных и немедикаментозных методов лечения.

В ходе этапной реабилитации в нашем госпитале было проведено рандомизированное открытое проспективное обследование 147 пострадавших с ампутационными дефектами нижних конечностей вследствие минно-взрывных ранений. Все пациенты были лицами мужского пола в возрасте от 19 до 42 лет. Средний возраст составил 23 года (23,4±2,6 г.). Пострадавшие поступали на реабилитацию и протезирование в сроки от 1 до 3-х месяцев после полученной травмы - в среднем через 2 месяца (1,9±0,5 мес.).

Медицинская реабилитация раненых проводилась на основе изучения их клинико-функционального и психологического состояния, оценки трофического статуса, состояния культи, адаптации и качества жизни.

Были разработаны индивидуальные дифференцированные программы медицинской реабилитации с применением протезирования и биоакустической психокоррекции, нутриционной поддержки, методов мануальной терапии, биомеханотерапии, аппаратного массажа и профессиональной переподготовки пострадавших.

С целью оценки эффективности обычных и дифференцированных реабилитационных программ пострадавшие были разделены на контрольную и 3 основные группы. По возрасту, полу, тяжести перенесенной травмы пациенты контрольной и основной групп не отличались.

Правильное представление о последствиях травмы имеет принципиальное значение для понимания сути медицинской реабилитации и направленности реабилитационных воздействий, что требует целеустремленного и квалифицированного подхода к обследованию пострадавших.

Наряду с общеклиническими применялись современные методы лабораторного, инструментального, психологического, соматометрического исследования. Учитывались уровни двигательной активности, состояние адаптации и качество жизни раненых.

Клинико-психологическое обследование пострадавших при поступлении в реабилитационный центр позволило выявить психологические нарушения в 86,5 % случаев (психологические стрессовые реакции – в 69,3%, посттравматические стрессовые расстройства – в 17,2%). У 13,5% пациентов признаков психической дезадаптации не выявлено.

Недостаточность питания была выявлена в 34,7% случаев и сопровождалась достоверным снижением общего белка, антропометрических показателей, катаболической направленностью обмена веществ и развивалась преимущественно по типу алиментарной кахексии.

У пострадавших, поступивших на реабилитацию, пороки и заболевания культей нижних конечностей были выявлены в 37,6% случаев. При этом порочность культей голени была в 2 раза выше, чем культей бедра. Наиболее частыми причинами, снижающими успешность протезирования, были остеофиты, невромы и вовлечение нервных стволов в рубец, что исключало возможность пользования протезом и провоцировало фантомно-болевой синдром.

При изучении состояния адаптации у 90% пациентов имело место нарушение адаптационных реакций различной степени выраженности, причем неполная адаптация 3 степени была диагностирована у 17% пострадавших.

Практически у 99 % раненых отмечалось статистически достоверное снижение основных показателей качества жизни (энергичность, эмоциональные реакции, сон, физическая активность).

Таким образом, анализ полученных результатов позволил нам выделить основные черты патологии у пострадавших: - связь с патологией острой фазы болезни и нередко ее дальнейшее развитие; - сочетание общих и местных последствий травмы; - преимущественно функциональный характер патологии; - нарушение психоэмоциональной и вегетативных сфер; - нарушения адаптации и метаболизма.

Обычная программа включала 1-й, 2-й или 3-й режимы в зависимости от состояния пострадавшего, диетотерапию - больным с дефицитом массы тела назначалось дополнительное питание, ЛФК в форме лечебной гимнастики и групповых занятий в зале, массаж, физиотерапию – магнито-, лазеротерапия, фонофорез на область культи, традиционные методы лечения (иглорефлексотерапия), психотерапию - рациональная и групповая психотерапия, медикаментозные средства (седативные, антидепрессанты, транквилизаторы, антибиотики, противовоспалительные средства по показаниям) и первичное протезирование. Реабилитационные мероприятия, проведенные по обычно применяемой в госпитале программе, в целом, оказали положительное воздействие на реконвалесцентов. У них улучшилось самочувствие, уменьшились слабость, утомляемость, боли в области ранения, раздражительность, улучшился сон, уменьшилось беспокойство за состояние собственного здоровья.

Однако, при контрольном лабораторном и инструментальном исследовании положительная динамика большинства показателей была несущественной.

В связи с этим, нами были разработаны и практически применялись в условиях реабилитационного центра дифференцированные программы медицинской реабилитации пострадавших с ампутационными дефектами нижних конечностей с учетом ведущего патогенетического синдрома. Для пострадавших с психическими нарушениями в дополнение к базовой программе была включена методика биоакустической психокоррекции. Для пациентов с недостаточностью питания с целью нутриционной поддержки дополнительно назначалась сбалансированная питательная смесь «Нутридринк». Для восстановления функции опорно-двигательного аппарата программа дополнялась применением мануальной терапии, аппаратного массажа и биомеханотерапии на установке «Анатомотор» и тренажерах клиники «Дэвид». Всем пострадавшим основных групп была оптимизирована протезно-ортопедическая помощь, а в рамках профессионального аспекта реабилитации проводилась профессиональная переподготовка пострадавших всех групп с обучением пользованию персональным компьютером и работе с оргтехникой.

В результате проведенных реабилитационных мероприятий по оптимизированным программам с учетом ведущего патогенетического синдрома на фоне клинического улучшения произошли положительные сдвиги лабораторных и функциональных показателей у подавляющего числа пострадавших. Проведение медицинской реабилитации пострадавших с психологическими нарушениями по оптимизированной

программе с применением биоакустической психокоррекции привело к достоверному снижению более чем в 2 раза тета-ритма и повышению более, чем в 2 раза, альфа-ритма, что свидетельствовало об улучшении функционального состояния ЦНС и создании наиболее благоприятных условий для саморегуляции психогенных расстройств, нормализации состояния психики и повышении ее адаптационных возможностей. У пациентов же контрольной группы в динамике показателей ритмической структуры ЭЭГ-активности отмечалась лишь тенденция к улучшению. Достоверно повысились показатели САН (самочувствия-активности-настроения), снизились уровни невротизации, реактивной тревожности, что свидетельствовало об улучшении нейродинамических процессов. На фоне улучшения психоэмоционального состояния произошло существенное улучшение вегетативной регуляции, преимущественно за счет снижения симпатического и повышения парасимпатического тонуса. Медицинская реабилитация пострадавших с недостаточностью питания по программе с применением нутриционной поддержки привела к улучшению основных соматометрических показателей (достоверный прирост ИМТ, увеличение окружности плеча и мышц плеча, тощей массы тела). Увеличился процент содержания жира в организме и толщина кожно-жировой складки. На фоне улучшения метаболических процессов нормализовались биохимические показатели крови (достоверно увеличилось количество эритроцитов и гемоглобина, снизились показатели трансаминаз крови, повысился уровень общего белка и альбуминов, нормализовался электролитный баланс крови). При оценке эффективности медицинской реабилитации пострадавших с нарушением функции опорно-двигательного аппарата, в комплексной реабилитации которых применялись мануальная терапия, биомеханотерапия и аппаратный массаж, отмечено повышение уровня двигательной активности пациентов. До лечения – основную массу - около двух третей - как в контрольной, так и в основной группах - составляли пациенты со средним уровнем двигательной активности. После лечения - в основной группе доля пострадавших с повышенным уровнем двигательной активности была значительно больше, чем в контрольной, причем в контрольной группе полностью отсутствовали пациенты с высоким уровнем активности, доля которых в основной группе достигла 10 %. Кроме того, пациенты основной группы предъявляли высокие функциональные требования к протезированию и высказывали желание заниматься адаптивной физической культурой и спортом, а двое из них стали серебряными призерами по следж-хоккею зимней паралимпиады в Сочи-2014.

На фоне улучшения психоэмоционального состояния, компенсации недостаточности питания и улучшения функции опорно-двигательного аппарата у пациентов основных групп в сравнении с контрольной произошло более существенное улучшение показателей гемодинамики: снизилась ЧСС, уменьшился минутный и повысился ударный объем кровообращения, повысилась систолическая функции сердца. Достовернее гемодинамические характеристики улучшились у пациентов, занимавшихся биомеханотерапией.

Повышение двигательной активности пациентов в результате реабилитации привело и к улучшению показателей качества жизни, что подтверждалось статистически достоверной динамикой по шкалам энергичности, качества сна и физической активности.

Включение в реабилитационные программы пострадавших профессиональной переподготовки способствовало улучшению их психологического состояния. В сравнении

с пациентами, не проходившими переподготовку, у занимающихся в компьютерных классах, произошло достоверное повышение показателей САН, в большей степени снизился уровень реактивной тревожности. Положительная динамика теста РДО (реакция на движущийся объект) косвенно свидетельствовала об оптимизации процессов торможения и возбуждения в коре головного мозга. Улучшение когнитивных функций подтверждалось достоверным улучшением внимания и памяти в обеих группах, однако более значимые изменения произошли у группы пациентов после профессиональной переподготовки.

Отдаленные результаты реабилитации были прослежены у 75 пострадавших. При оценке двигательной активности в обеих группах отсутствовали пациенты с низким уровнем. Однако, у пострадавших, лечившихся по оптимизированной программе, количество пациентов с повышенным уровнем было на 18 % больше, чем у пострадавших, получавших обычную программу реабилитации. Кроме того, в контрольной группе также полностью отсутствовали пациенты высокого уровня двигательной активности, предъявляющие повышенные требования к протезу и высказывающие желание заниматься спортом. Доля же таких пациентов в основной группе выросла по сравнению с периодом реабилитации (первичного протезирования) на 5 %.

Таким образом, активное и целенаправленное восстановительное лечение пострадавшего требует на всем протяжении болезни, в том числе и в процессе реабилитации, квалифицированного клинического индивидуализированного подхода, понимания патогенетической сущности синдромов и дифференцированного лечебного воздействия на них.

Выводы:

1. При поступлении в реабилитационный центр у пострадавших с ампутационными дефектами нижних конечностей в 86,5% случаев выявлялись психологические нарушения (преимущественно психологические стрессовые реакции), в 90,3% - нарушения адаптационных реакций различной степени выраженности, в 34,7% - недостаточность питания, в 37,6% - заболевания и пороки культи нижней конечности, в 100 % – функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата и снижение основных показателей качества жизни.

2. Проведение медицинской реабилитации пациентов с ампутационными дефектами нижних конечностей по обычно применяемым в реабилитационном центре программам не обеспечивает полное восстановление их психологического состояния, компенсацию недостаточности питания, функционального состояния опорно-двигательного аппарата, существенного повышения качества жизни пострадавших из-за недостаточного влияния на ведущие клинико-патогенетические синдромы.

3. Разработанная система протезно-ортопедической помощи пострадавших с ампутационными дефектами нижних конечностей, включающая обследование больного, подготовительный период (консервативная и хирургическая подготовка к протезированию), этапы лечебно-тренировочного и постоянного протезирования, формирование нового двигательного стереотипа с учетом профессиональных навыков и функциональных потребностей пациентов, обеспечивает повышение эффективности их реабилитации и увеличение количества пациентов с повышенным и высоким уровнем двигательной активности на 17,6% и 9,8% соответственно.

4. Персонализация реабилитационных программ для пострадавших с ампутационными дефектами нижних конечностей, основанная на синдромно-патогенетическом и клинико-функциональном принципах, обеспечило повышение реабилитационного эффекта и стабильные отдаленные результаты за счет применения полисубстратных сбалансированных питательных смесей при недостаточности питания, биоакустической психокоррекции при психологических расстройствах, методов мануальной терапии, лечебной физкультуры и массажа, механотерапии при функциональных нарушениях опорно-двигательного аппарата.

5. Проведение профессиональной переподготовки пострадавших в ходе медицинской реабилитации способствовало улучшению их психологического и эмоционального состояния, снижению уровня невротизации, улучшению внимания и памяти, что, в итоге, обеспечило их скорейшую социальную реадаптацию и интеграцию в общество.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРОКОВ И БОЛЕЗНЕЙ КУЛЬТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ

Поправка С.Н., Сергеев В.А.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

С 1996 г. по 2013 г. в нашем госпитале прошли восстановительное лечение и стационарное протезирование 1717 пациентов с ампутационными дефектами конечностей. Причинами ампутационных дефектов вследствие огнестрельных и минно-взрывных ранений были: отрывы конечностей - в 82 % случаев, декомпенсация кровообращения при МВР - в 15 % случаев, при пулевых и осколочных ранениях и других причинах – в 3 % случаев.

На передовых этапах медицинской эвакуации хирург, прежде всего, спасает жизнь больного и, выполняя первичную хирургическую обработку по типу ампутации, лишен возможности следовать рекомендациям протезистов, вынужден отказаться от послойного ушивания раны культи, не имеет достаточно времени для правильного выкраивания кожных лоскутов, усечения нервных стволов и обработки костных опилов, не может быть уверен в жизнеспособности тканей, так как при МВР наблюдаются все степени нарушения окольного кровообращения с последующими закономерными исходами: декомпенсированная - в пределах дистального отдела раны с развитием необратимых изменений и некрозом тканей, субкомпенсированная - на уровне средней трети голени, где отмечается ограниченный очаговый некроз, а основная масса тканей выживает и компенсированная - на всем протяжении верхней трети сегмента. В пределах последней зоны не исключается, однако, развитие мелкоочагового некроза, несмотря на полное заживление раны и обратное развитие первичных циркуляторных нарушений.

В результате, 60-70% первичных ампутаций после минно-взрывных ранений вынужденно носят предварительный характер, что предопределяет в дальнейшем реконструкцию культи, в том числе реампутацию. Именно это обстоятельство является

причиной частого (по данным разных авторов - А.Н. Кейер, С.Ф. Курдыбайло, А.М. Берман, В.Г. Масленникова, К.В. Соколов - от 35 до 75%) обнаружения у первично протезируемых пороков и болезней культей, осложняющих, а порой препятствующих протезированию. По классификации В.Г. Санина и Н.Г. Никоненко (1976), их насчитывается более тридцати и все они требуют лечения.

Для оценки состояния культи при подготовке пациентов к протезированию необходимо комплексное клинико-лучевое исследование: цифровая микрофокусная и обзорная рентгенография, компьютерная томография, ультразвуковое исследование с целью оценки состояния кровообращения, мягкотканных и костных структур культи. При планировании объема и вида реконструктивного оперативного вмешательства на культях необходима предварительная разметка выявленных патологических образований тканей для предотвращения реампутаций.

По нашим данным, пороки и заболевания культей нижних конечностей были выявлены в 37,6% случаев. По 1 пороку встречалось в 11 % случаев, сочетание 2 пороков – в 23 % случаев, 3 и более – в 66 % случаев, причем не все они препятствовали протезированию. Порочность культей голени была почти в 2 раза выше, чем культей бедра: в среднем приходилось 5 пороков на культю голени и 3 порока на культю бедра, причем порочнее культи и бедра и голени были в средней трети. Наиболее частыми причинами, снижающими успешность протезирования, были остеофиты, невромы и вовлечение нервных стволов в рубец, что исключало возможность пользования протезом и провоцировало фантомно-болевой синдром.

Комплексный подход в лучевой диагностике заболеваний и пороков культей у пациентов с ампутационными дефектами нижних конечностей позволил выявить признаки остеопороза у 48,0% пациентов, атрофию малоберцовой кости у 20,0% пациентов, кистовидную перестройку костной ткани у 58,3%, остеофиты у 63,3%, периостальные наслоения у 40,0% пациентов, недостаток мягких тканей у 28,3% пациентов, умеренные атрофические изменения мягких тканей культи у 58,3%, рубцовые изменения различной степени выраженности у 85,0%, очаговые воспалительные изменения мягких тканей у 18,3% пациентов, свищевые ходы у 13,3%, невромы у 40,0%, лимфоидный отек мягких тканей у 41,7% пациентов, окклюзивный тромбоз задних большеберцовых вен у 6,7% и у 18,3% тромбоз задней большеберцовой артерии.

Устранение пороков и болезней культей, лимитирующих процесс протезирования, требовало комплексного интенсивного консервативного лечения, что значительно удлиняло сроки госпитализации и протезирования. Благодаря внедрению этапа лечебно-тренировочного протезирования с использование силиконовых чехлов удалось снизить количество реампутаций, уменьшить их объем и отсрочить их до полного восстановления коллатерального кровообращения.

В 27,7 % случаев пациенты нуждались в оперативном лечении. С целью хирургической подготовки культей к протезированию выполнялись различные оперативные вмешательства на культях: фасциопластические реампутации, резекции остеофитов, иссечение невром, рубцовых тканей, зон гиперкератоза, трофических язв и лигатурных свищей, атролиз, миолиз, устранение избытка мягких тканей, липосакция, пластика покровных тканей культи, в том числе двухэтапная с использованием избытка тканей, сформированного дермоэкспандером, устранение латеральной девиации опила

малоберцовой кости, удлинение коротких культей, удаление инородных тел. Большинство оперативных вмешательств было выполнено спустя 7-12 недель после ранения.

Преобладающая часть плановых реампутаций должны быть окончательными. При этом хирург, определив показания и сроки выполнения реконструктивной операции на культе, обязан планировать вмешательство таким образом, чтобы, сформировать культю, пригодную для функционального протезирования. К моменту выполнения операции показатели основных витальных функций организма должны быть сбалансированы. При проведении реконструктивно-восстановительных операций на культях конечностей после минно-взрывных ранений необходимо учитывать, что характер воспалительно-регенераторных процессов в культе тесно связан с особенностями развития коллатерального кровообращения. Формирование новой архитектоники сосудистого снабжения культи голени путем мобилизации всего сохранившегося сосудистого резерва бедра и голени с образованием коллатерального кольца в основании взрывной раны происходит преимущественно на протяжении 2-3 недель после травмы. По данным Липина А.Н. (1997 г.) в основу ампутационной техники при МВР должны быть положены несколько принципов. Во-первых, необходимо, по возможности, максимально сохранять покровы и поверхностные мышцы проксимальной половины голени, как биологический «материал» для отсроченного укрытия ампутационной культи. Эти приемы следует дополнять более радикальным иссечением прикостных слоев мышц, прицельным дренированием глубоких межмышечных и паравазальных пространств, особенно голено-подколенного канала, где нарушения оказываются наиболее глубокими. Во-вторых, при опиле большеберцовой кости целесообразно сохранять, по возможности, имеющие наибольшее значение в патоморфологической эволюции взрывной раны, важнейшие органные сосудисто-нервные образования голени, располагающиеся в пределах проксимальной половины голени и обеспечивающие трофику тканей сегмента. В их число входит также диафизарная питательная артерия большеберцовой кости, располагающаяся ниже суставной щели коленного сустава на 10,8±0,2 см. В третьих, учитывая роль сосудистого фактора в обеспечении репарационных процессов, важнейшей составной частью хирургического лечения должны быть мероприятия, направленные на борьбу с травматическим отеком тканей, нормализацию микрогемоциркуляции и коллатерального кровообращения в околораневом пространстве.

ВЫВОДЫ:

1. При подготовке пациентов к протезированию необходимо комплексное клинико-лучевое исследование с целью оценки состояния кровообращения, мягкотканных и костных структур культи.

2. Необходимо строго планировать сроки, вид и объем оперативного вмешательства на основании полученных данных.

3. С целью предотвращения повторных реампутаций реконструктивно-восстановительные операции на культях проводить с учетом особенностей развития коллатерального кровообращения и не ранее 5 -7 недель после ранения.

4. Для снижения количества реампутаций при формировании культей использовать послеоперационные силиконовые лайнеры или компрессионный трикотаж, а также лечебно-тренировочное протезирование с использованием силиконовых чехлов.

5. Своевременное и рациональное применение реконструктивных оперативных вмешательств, направленных на устранение пороков и болезней культей конечностей, препятствующих функциональному протезированию, внедрение лечебно-тренировочного протезирования позволили существенно сократить сроки лечения и первично-постоянного протезирования пострадавших с ампутационными дефектами конечностей.

МЕСТО «ШКОЛЫ ХОДЬБЫ» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Поправка С.Н.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Актуальность медицинской реабилитации пострадавших с ампутационными дефектами нижних конечностей в настоящее время определяется значительным удельным весом этой группы в структуре заболеваемости и инвалидизации населения трудоспособного возраста (С.Н.Пузин и соавт., 2005).

Необходимость совершенствования протезно-ортопедической помощи этому контингенту больных обусловливается увеличением частоты локальных военных конфликтов, техногенных и природных катастроф, отсутствием единой организационной модели использования протезно-ортопедических методик в системе реабилитации.

Стратегической целью медицинской реабилитации является восстановление или компенсация нарушенных функций, увеличение функциональных резервов и совершенствование адаптационных механизмов организма, восстановление трудоспособности пациентов, реперсонизация, возвращение индивида на путь личностного развития, вторичная профилактика заболеваний (В.К. Фролков, И.П. Бобровницкий, 2007; И.П. Бобровницкий, 2009; Г.Е. Иванова, 2011; А.Н. Разумов, 2012; Э.И. Аухдеев, 2012; А.В. Шакула и соавт. 2013).

С 1996 г. по 2013 г. в нашем госпитале прошли восстановительное лечение и стационарное протезирование 1421 пациент с ампутационными дефектами нижних конечностей вследствие минно-взрывных ранений. За этот период нами была оптимизирована как и сама система протезирования, так и консервативная и хирургическая подготовка культей к протезированию, а также освоение навыков ходьбы на протезах.

Помимо общеизвестных методов лечебной физкультуры и физиотерапии в целях ускорения формирования культей вместо традиционного эластического бинтования широко использовалась компрессионная терапия с применением медицинского компрессионного трикотажа, силиконовых лайнеров и компрессионных чехлов с Umbrellan. При наличии пороков и болезней культей, а также с целью сохранения двигательного стереотипа, адаптации двигательных систем к новым условиям статики и локомоции, а также для уточнения показаний, сроков и объема оперативного вмешательства на культе применяли лечебно-тренировочное протезирование с использование силиконовых чехлов. Для предотвращения перегрузки стопы и

профилактики плоскостопия при односторонней ампутации нижней конечности выполнялось стелечное ортезирование контрлатеральной конечности по результатам компьютерной функциональной тензоподометрии и был внедрен разработанный нами комплекс кинезотерапии для стоп.

Успех протезирования во многом зависит от усилий мультидисциплинарной реабилитационной команды еще до первой встречи пострадавшего с протезистом. Для коррекции функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата, а также в случаях сочетанности ранений с поражением органов грудной клетки, брюшной полости, последствиями переломов других конечностей пострадавшим с ампутационными дефектами нижних конечностей применялись манипуляции мануальной терапии на пояснично-крестцовом отделе позвоночника, биомеханотерапия на тренажерах клиники «Дэвид» и аппаратный массаж на установке «Анатомотор». Проводилось консервативное и хирургическое лечение пороков и болезней культей, профилактика и лечение контрактур, восстановление тонуса, силы и выносливости мышц туловища и конечностей, ликвидация мышечного дисбаланса, тренировка кардио-респираторной системы, координации и способности пациента к передвижению.

Основное внимание при этом, как на этапе подготовки, так и в процессе протезирования уделялось «школе ходьбы» – комплексу мероприятий, включающего в себя выработку навыков правильной симметричной энергосберегающей походки, тренировку рационального преодоления препятствий и коррекцию частных ошибок ходьбы.

С момента первой примерки начинается очень важный этап освоения ходьбы на протезе. Принципиально важно с первых шагов работать над правильностью ходьбы.

Освоение ходьбы на протезе условно разделяют на несколько этапов. Сначала обучают вставать и стоять на протезе в брусьях, переносить массу тела с ноги на ногу, ходить приставным шагом. Далее, пациент учится ходить в брусьях: в 4 шага, когда остаются 3 точки опоры, и в 2 шага, когда остаются 2 точки опоры. После того, как пациент уверенно начнет ходить в брусьях, ему предлагают выйти из них и обучают ходьбе с опорой на брусья и одну «канадку». Следующий этап – это ходьба с двумя «канадками» в 4 шага, далее в 2 шага, и, наконец, с опорой на одну «канадку» или трость. Примерно на этапе освоения ходьбы с опорой на две «канадки» или на брусья с «канадкой» пациента начинают обучать самостоятельно подниматься по лестнице и спускаться, а также перемещению вниз-вверх по пандусу. Постепенно двигательные задачи усложняются: включаются новые упражнения на протезе, направленные на тренировку равновесия и баланса, координации и ловкости, на ощущение и владение телом в пространстве без контроля зрения. Занятия становятся насыщенными и разнообразными именно по ощущениям, потому что только такие тренировки способны привести к необходимому результату – наработке некоего моторного опыта для возможности решения различных двигательных задач для человека на протезе.

Таким образом, сложный патологический процесс у пострадавших с ампутационными дефектами нижних конечностей вследствие минно-взрывной травмы не завершается автоматически с заживлением раны, подготовкой к протезированию и протезированием. По мере того, как пациент адаптируется к нагрузке, комплекс упражнений лечебной гимнастики усложняется, а функциональные возможности пациента

увеличиваются. Внедрение в медицинскую реабилитацию пострадавших с ампутационными дефектами нижних конечностей «школы ходьбы» позволяет восстановить независимость индивида с ограниченными возможностями, повысить уровень его двигательной активности и, в конечном счете, улучшить качество жизни пациента.

ПРИМЕНЕНИЕ ПАНТО-МАГНИЕВЫХ ВАНН В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Пушкарев Е.П.[1], Сычев В.В.[1], Черенкова М.А.[2]
[1]Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
[2]ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, пос. Архангельское

Метаболический синдром (МС) - одна из наиболее острых проблем современной терапии. Актуальность проблемы МС в настоящий момент связана с тем, что МС играет значимую роль в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний. Растущие показатели заболеваемости МС и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний ставят перед врачами и учеными актуальные задачи повышения эффективности первичной и вторичной профилактики кардиометаболической патологии за счет рационального использования природных лечебных факторов, в том числе и методов бальнеотерапии.

Цель исследования – изучение эффективности применения панто-магниевых ванн в комплексной медицинской реабилитации больных с метаболическим синдромом.

В соответствии с поставленными задачами, для последующего обследованиябыло отобрано 78 с метаболическим синдромом (МС) согласно определению МС Международной Диабетической Федерации (International Diabetes Federation) от 2005 года. Возраст больных от 24 до 64 лет, средний возраст составил 49,8$\pm$1,8 лет. Методом простой рандомизации больные были разделены на две равные группы по 39 человек в каждой, основную группу – ОГ и контрольную группу – КГ.

Пациенты обеих групп выполняли стандартные реабилитационные программы, которые включали режим, диету №10 или 9 с пониженным содержанием жиров, физиотерапию, фитотерапию, лечебную гимнастику, фармакотерапию по показаниям. Больные ОГ дополнительно получали панто-магниевые ванны. При проведении процедуры панто-магниевых ванн применяется препарат «Витапант», в состав которого входит экстракт ультрадисперсного порошка пантов морала, бишофит, включающий в себя хлоридномагниевонатриевый комплекс, пихтовое масло, а также вода и глицерин. Свидетельство о государственной регистрации № RU.04.01.01.001.E.000005.12.10 от 29.12.2010г. Ванны продолжительностью 20 минут назначают ежедневно, 5-7 ванн на курс лечения. Медицинская реабилитация больных КГ проводилась без применения БПК.

В результате проведенной комплексной медицинской реабилитации все больные отмечали повышение настроения, улучшение самочувствия, стремление к активной деятельности. Уменьшились также значения реактивной и личностной тревожности, при этом более выраженная и статистически значимая динамика психолофизиологических показателей отмечена у больных с ОГ.

При изучении антропометрических показателей у пациентов обеих групп до и после медицинской реабилитации выявлено достоверное снижение окружности талии у больных ОГ до 100,4±0,83 см, в КГ до 104,2±1,11 см.

В процессе медицинской реабилитации произошли позитивные изменения липидного обмена у больных обеих групп. В КГ ЛПНП снизились с 3,18±0,23 ммоль/л до 3,12±0,19ммоль/л, в ОГ с 4,03±0,28 ммоль/л до 3,34±0,26 ммоль/л ($p<0,05$).

По окончанию медицинской реабилитации с наблюдается улучшение показателей МЦ. В ОГ показатель средней перфузии увеличился с 2,93±0,34 до 2,93±0,34 ($p<0,05$), в КГ с 2,89±0,31 до 3,12±0,37. Нейрогенный тонус уменьшился в ОГ с 1,88±0,24 до 1,26±0,18 ($p<0,05$), а в КГ с 1,81±0,25 до 1,63±0,21.

Таким образом, у больных с МС, получавших комплексную программу медицинской реабилитации оптимизированной включением панто-магниевых ванн, наблюдалось более выраженное и статистически достоверное снижение окружности талии, улучшение показателей липидного обмена, микроциркуляции. Выявлено более значимое изменение показателей психоэмоционального состояния. Включение панто-магниевых ванн в комплексную программу медицинской реабилитации больных с МС позволяет рассматривать указанную методику как эффективную у данной категории больных.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Рудских О.П., Денищук И.С., Батусов О.В.
ФКУ «МУНКЦ им. П.В.Мандрыка» МО РФ, г.Москва

Когнитивные нарушения после инсульта встречаются часто. Они могут проявляться очаговыми нарушениями (афазии, неглект и др.), а также нарушениями диффузного характера (замедленной обработкой информации, нарушениями исполнительных функций и др), что вызывает ограничение жизнедеятельности, оказывающие значительное влияние на качество жизни и независимость от посторонней помощи. Имеются также непрямые эффекты когнитивных нарушений в отношении функционального восстановления после инсульта, обусловленные уменьшением участия в реабилитационных мероприятиях и низкой степенью соблюдения рекомендаций по лечению. Для улучшения когнитивных функций у лиц, перенесших инсульт, применяются различные методики, которые стимулируют нейропластичность, в том числе фармакологические препараты.

Непосредственным нейрохимическим субстратом когнитивных нарушений является множественная нейротрансмиттерная недостаточность, в том числе глутаматергическая, проявляющаяся в том, что более низкая концентрация глутамата активирует N-метил-D-аспартат (NMDA)-рецепторы на более длительное время, что вызывает усиленный «шум», снижающий распознавание вновь поступающего сигнала. В связи с этим перспективным в отношении коррекции когнитивных нарушений является неконкурентный антагонист NMDA-рецепторов – акатинол (мемантин). Мемантин обеспечивает симптоматическое улучшение когнитивных функций за счёт блокады патологической активациии NMDA-

рецепторов и нейропротективное воздействие путём защиты постсинаптического нейрона от глутаматопосредованной эксайтотоксичности.

Целью исследования явилась оценка эффективности курса, в течении 15 месяцев, мемантина при терапии когнитивных нарушений у больных, перенесших инсульт.

Обследовано 68 больных в возрасте от 67 до 82 лет (33 мужчин и 35 женщин) с когнитивными нарушениями, 56 из которых поступили в острой стадии инсульта и 12 пациентов через 8-14 месяцев после перенесенного инсульта.

Состояние когнитивной функции оценивалось по Краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination) и теста рисования часов. Всем пациентом было проведено комплексное кардионеврологическое обследование, включая эхокардиографию, суточное мониторирование ЭКГ и АД, КТ (МРТ)-исследование головного мозга, дуплексное сканирование сосудов мозга, необходимое лабораторное обследование для уточнения диагноза и исключение иных возможных причин когнитивных нарушений. Доза мемантина с 5мг в сутки, постепенно увеличивалась (еженедельно на 5мг) до 20мг в сутки (приём препарата однократно утром). Когнитивная сфера оценивалась в начале, через 9 месяцев и в конце курса (15 месяцев) терапии

На фоне приёма мемантина достоверно улучшилась память на текущие события, больные стали собраннее, повысилась социальная и бытовая активность пациентов, активнее стали принимать участие в различной общественной деятельности. Средний балл по Краткой шкале оценки психического статуса увеличился с 23,3$\pm$3,2 до 26,8$\pm$2,3, а по тесту рисования часов – с 7,5$\pm$1,1 баллов до 9,1$\pm$0.8.

Случаев прерывания терапии или снижения дозы из-за выраженных побочных эффектов не отмечалось.

После завершения 15-месячного исследования всем пациентам было рекомендовано дальнейший приём мемантина.

Таким образом, применение антагониста NMDA-рецепторов – акатинола (мемантина) у больных перенесших инсульт позволяет значительно улучшить когнитивную сферу у них, а следовательно вести им более полную и независимую жизнь, что в конечном счёте сказывается положительно на качестве жизни этих пациентов.

СОЧЕТАННАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КРАТКОСРОЧНЫХ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Самойлов А.А., Кузнецов А.С.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Особенности кратскосрочных малоинвазивных вмешательств на коленном суставе (лечебно-диагностические артроскопии, вмешательства при травме менисков, вмешательства при дегенеративно-дистрофических заболеваниях коленного сустава и т.д.) отвечают следующим критериям:

1. амбулаторный характер процедуры;
2. непродолжительность (30-40 минут);

3. отсутствие выраженной послеоперационной боли (нет необходимости в послеоперационном обезболивании);

4. работа в условиях наложения артериального турникета;

5. отсутствие массивной травматизации тканей (два прокола для установки портов эндоскопа).

Выбор методики анестезиологической защиты пациента от хирургического стресса при краткосрочных артроскопических вмешательствах на коленном суставе зависит прежде всего от понимания тандемом анестезиолог-хирург комплексного многоуровневого физиологического механизма боли.

Факторы болевого воздействия на организм при данных вмешательствах включают:

1. локальная острая непродолжительная соматическая боль при установке портов эндоскопа;

2. манипуляционная соматическая продолжительная боль в суставе при самой операции;

3. интенсивная соматическая и ишемическая продолжительная боль вследствие наложения артериального турникета;

4. малоинтенсивная соматическая послеоперационная боль.

Таким образом, наиболее распространённые методики (спинальная анестезия, проводниковая анестезия, общая неингаляционная анестезия с сохранением спонтанного дыхания) в должной мере не отвечают потребностям малоинвазивных артроскопических вмешательств. Для спинальной анестезии характерен вынужденный послеоперационный режим, предполагающий длительный постельный режим (8-10 часов) и обильное питьё для профилактики синдрома постпункционной головной боли. Однако, даже эти мероприятия не всегда эффективны (особенно у молодых людей). Выполнение проводниковой анестезии (блокада 4-х нервов нижней конечности) само по себе занимает довольно длительное время (20-40 минут), что не позволяет использовать данную методику при достаточно высоком потоке пациентов в операционной при отсутствии комнаты предоперационной подготовки. Казалось бы, наиболее эффективная методика – общая неингаляционная анестезия. Тем не менее, данная методика в чистом виде не отвечает требованиям защиты от многоуровневого механизма боли.

Нами была разработана и внедрена сочетанная мультимодальная анестезия на основе трёх компонентов:

1. инфильтрационная анестезия 1% раствором Лидокаина в местах установки портов эндоскопа;

2. общая неингаляционная анестезия (гипнотик Пропофол с целью выключения сознания, потенцирования антиоксидантной системы для защиты от перикисного окисления липидов в период реперфузионного ответа после снятия турникета; наркотический анальгетик Фентанил 1,5-2 мкг/кг однократно с целью блокирования турникетной и манипуляционной боли при вмешательстве);

3. внутрисуставное аппликационное введение 0,2-0,375% раствора Наропина с целью послеоперационной анальгезии.

Данная методика была внедрена в практику нашего лечебного учреждения, показала прекрасную переносимость пациентами, отсутствие анестезиологических осложнений в периоперационном периоде, соответствие всем требованиям к анестезиологическому

пособию при кратскосрочных малоинвазивных (артроскопических) вмешательствах на коленном суставе.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Самсонов В.В.[1], Иорданишвили А.К.[2], Багненко А.С.[2], Маградзе Г.Н.[2]
[1]ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
[2]ФГВБУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

По статистическим данным повреждения костей лицевого скелета составляют около 3% от общего числа переломов других костей скелета (А.С.Багненко, 2012; А.Амро, 2013). Отсутствие защиты нижней челюсти другими костями лицевого скелета и выдвинутое её положение, а также дугообразная форма и подвижность нижней челюсти являются причиной того, что свыше 50% переломов лицевого скелета приходится на нижнюю челюсть (Ю.В.Ефимов, 2004; А.С.Гук, 2011; B.E.Zweig, 2009). Среди переломов нижней челюсти различной локализации наибольшую сложность, как в отношении диагностики, так и в отношении лечения, представляют переломы мыщелковых отростков нижней челюсти (Н.Г.Бобылев и соавт., 2010; K.G.Kempers, P.D.Quinn, K.Silverstein, 1999; P.Su-Seong, K.C.Lee, K.Seok-Kwun, 2012), которые встречаются в 13-34,5 % случаев у пострадавших с повреждениями нижней челюсти (А.С.Панкратов, 2001; В.А.Малышев, Б.Д.Кабаков, 2005; А.Амро, 2013; J.C.Koshy et al., 2010). Анализ литературы последних лет свидетельствует, что выполнено большое число диссертационных работ, посвященных совершенствованию лечения пострадавших с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти (А.В.Васильев, 2001; Ю.В.Ефимов, 2004; А.С.Панкратов, 2005; В.И.Копененко; 2005; С.Н.Барсегасян, 2010). В тоже время, лишь единичные исследования посвящены посвященны применению эндоскопической техники, а также использования чресщечной системы для остеосинтеза при лечении переломов мыщелкового отростка нижней челюсти (А.М.Свистин, С.П.Сысолятин, 1997; А.С.Багненко, 2012; F.Biglioli, G.Colletti, 2009; N.Chaithanyaa et al., 2011; H.J.Choi, Y.M.Lee, 2012), отсутствуют данные о возможности применения у взрослых людей разных возрастных групп для оперативного лечения таких переломов устройств из биодеградируемых материалов. Цель исследования: совершенствовать лечение взрослых пострадавших разных возрастных групп с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти с применением трансбукальной системы и биодеградируемых минипластин.

Исследование по совершенствованию хирургического лечения переломов мыщелкового отростка нижней челюсти выполнено на 162 пострадавших (141 мужчина и

21 женщина) в возрасте от 18 до 72 лет с изолированными переломами нижней челюсти в области мыщелкового отростка. В первую группу вошли 106 пострадавших с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти, которые были прооперированы ранее при помощи общепринятого подчелюстного доступа (ретроспективный анализ). Во вторую группу вошло 27 пациентов, которым остеосинтез основания мыщелкового отростка выполнялся при помощи трансбукальной системы, причем у 16 пациентов крепителем являлись титановые минипластины, а у остальных 11 пострадавших – биодеградируемые пластины с винтами. В третью группу включено 29 пострадавших, которым остеосинтез производился трансбукальной системой при помощи эндовидеоподдержки. 20 пациентам остеосинтез выполнялся титановыми минипластинами и винтами, 9 – биодеградируемыми пластинами на винтах.

Перед выполнением остеосинтеза мыщелкового отростка нижней челюсти пострадавшим проводилась компьютерная томография при помощи аппарата GALILEOS фирмы Sirona (Германия) (с программным обеспечением Galaxis). При анализе данных лучевого исследования оценивались анатомические размеры ветви нижней челюсти, а также локализация и тип перелома мыщелкового отростка по классификации J.Prein (1997) с дополнениями. В зависимости от полученных результатов определялся вид оперативного доступа для хирургического лечения. При углах, позволяющих адекватно визуализировать наружную поверхность и щель перелома, выполнялся остеосинтез трансбукальной системой (щечный троакар) фирмы «Конмет» (Россия). Для визуализации заднего края мыщелкового отростка и ветви нижней челюсти, как важного ориентира на этапе репозиции отломков, применялась эндовидеохирургическая стойка фирмы «Karl Storz» (Германия) с ригидным эндоскопом диаметром 5 мм и углом зрения в 30° и 45°. В ходе исследования производилась оценка общей продолжительности оперативного вмешательства, а также характера и частоты возникших послеоперационных осложнений.

Анализ результатов лечения пострадавших с переломами нижней челюсти в области основания мыщелкового отростка нижней челюсти показал, что у первой группы пациентов продолжительность остеосинтеза составила 45±5,4 мин. Анализ возникших после операции осложнений, выявил, что транзиторная нейропатия ветвей лицевого нерва возникла у 6 (5,7 %) человек; выраженный коллатеральных отек мягких тканей в зоне оперативного вмешательства наблюдался у 16 (15,1 %) человек; слюнные свищи были диагностированы у 4 (3,8 %) человек; 9 (8,5 %) человек были неудовлетворенны эстетическим результатом операции (наличием послеоперационного рубца).

Оперативное лечение во второй группе пациентов в среднем выполнялось в течение 110±10,2 мин. при использовании титановых пластин и винтов и 90±8,7 мин. при использовании скрепителей из биодеградируемых материалов. Осложнения в послеоперационном периоде в виде выраженного коллатерального отека мягких тканей околоушно-жевательной области возникли у 2 (7,4 %) пострадавших и были связаны, по-видимому, с индивидуальной реактивностью организма.

В третьей группе с применением эндовидеоподдержки всем пострадавшим удалось выполнить остеосинтез при помощи комбинированного внутриротового и чресщечного доступа, причем средняя продолжительность операции составила 75±5,6 мин. (60±4,5 мин. при установке титанового и 90±7,8 мин. при установке биодеградируемого скрепителя). Осложнений в послеоперационном периоде установлено не было.

Следует отметить, что обязательным условием при выполнении остеосинтеза биодеградируемыми пластинами было выполнение иммобилизации нижней челюсти посредством стандартных назубных шин, или межчелюстной фиксации внутрикостными винтами-фиксаторами с межчелюстной резиновой тягой.

Проведенный анализ показал, что применение инновационных хирургических методик значительно снижает такие осложнения, как транзиторную нейропатию ветвей лицевого нерва, выраженный коллатеральный послеоперационный отек мягких тканей, образование слюнных свищей при повреждении целостности капсулы околоушной слюнной железы, эстетически не удовлетворительного результат лечения при выполнении наружного доступа. Применение эндовидеохирургической техники при остеосинтезе мыщелкового отростка нижней челюсти позволяет уменьшить продолжительность хирургического вмешательства и общего обезболивания, значительно упростить протокол оперативного вмешательства, минимизировать травматичность оперативного лечения. Применение биодеградируемых пластин при благоприятных условиях и жесткой межчелюстной фиксации позволяет избежать таких осложнений, как металлоз, остеомиелит нижней челюсти, как реакцию на инородное тело. Исключается необходимость дополнительной операции с целью удаления инородного тела (титановой минипластины на винтах) в связи явлениями воспаления, либо индивидуальному желанию пациента (психологического дискомфорта). Полученные результаты исследования подтверждают целесообразность внедрения в клиническую практику методик оперативного лечения переломов мыщелкового отростка нижней челюсти с применением трансбукальной системы и биодеградируемых скрепителей.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТЕНЗОПОДОМЕТРИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Сергеев В.А.[1], Поправка С.Н.[1], Болотов Д.Д.[2]
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

Стопа - самое нагружаемое звено опорно-двигательной системы человека. Работа стоп обеспечивается мышцами, исходный потенциал которых вполне достаточен. Пассивность мышц, управляющих стопой, приводит к развитию функциональных нарушений, которые являются причиной возникновения патологии не только самой стопы, но и опорно-двигательного аппарата в целом. У современного человека факторов, отрицательно влияющих на функцию стоп, гораздо больше, чем факторов направленных на улучшение функциональных свойств стоп, поэтому частота так называемого плоскостопия значительна.

Традиционные инструментальные методы диагностики патологии стоп основаны на изучении отпечатков стоп, рентгенографии. Эти методики слабо информативны в отношении определении функциональных свойств стоп. Функциональная диагностика

стоп с использованием динамической тензоподометрии позволяет определить способность стоп справляться с испытываемыми нагрузками и судить о функциях стоп: опорной, рессорной, балансировочной и двигательной.

Десятилетний опыт использования метода функциональной тензоподометрии показал высокую эффективность исследований и позволил усовершенствовать лечебно-реабилитационные мероприятия.

Достоинства компьютерной тензоподометрии стоп в следующем:

1. Обследование на тензоподометрической платформе занимает мало времени, что позволяет выполнять массовые обследования.
2. Анализ и количественная оценка работоспособности стоп регистрируются, и полученные данные сохраняются в памяти компьютера.
3. Функциональная тензоподометрия стоп выявляет ранние незначительные нарушения функции стоп, которые предшествуют появлению клинических признаков патологии.
4. Возможен мониторинг с анализом динамики функциональных свойств стоп в процессе реабилитации.
5. Функциональная диагностика стоп послужила основой для разработки оптимально эффективных методик кинезотерапии в целях профилактики и лечения плоскостопия.
6. Эффективность индивидуально подобранного комплекса упражнений зависит от систематичности его применения с этапным и подконтрольным увеличением нагрузок. Упражнения выполняются в любых условиях и не требуют сложного оборудования и снаряжения.
7. Данные тензоподометрии используются для изготовления индивидуальных стелечных ортезов по технологии CAD-CAM, рациональность которых состоит в совершенстве формы, вариантах плотности материалов, износоустойчивости.
8. Функциональная диагностика стоп позволила разработать новые варианты хирургических методов лечения деформаций стоп, направленных не только на устранение анатомических дефектов, но и на ранее и наиболее полноценное восстановление функции стоп.
9. Функциональная тензоподометрия стоп показана подавляющему большинству пациентов, имеющих патологию опорно-двигательной системы (патология суставов, позвоночника, неврологические нарушения, односторонние ампутации нижних конечностей и пр.) в связи с тем, что реабилитация таких больных без нормализации функции стоп менее результативна.

Комплексная реабилитации патологии стоп с использованием современных технологий обследования, ортезирования, кинезотерапии и хирургического лечения доказала свою целесообразность и высокую эффективность у пациентов ортопедо-травматологического и неврологического профиля.

МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПЕРВОГО ЛУЧА СТОПЫ

Сергеев В.А.[1], Поправка С.Н.[1], Болотов Д.Д.[2]
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва
ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

Деформацию переднего отдела стопы сопровождает функциональная недостаточность стоп. Наиболее часто встречается комбинированная деформация первого луча стопы, которая проявляется варусной девиацией первой плюсневой кости, внутренней ротацией луча, вальгусным отклонением первого пальца в плюсне-фаланговом суставе и смещением сухожилий сгибателей и разгибателей первого пальца. Предложено около 400 оперативных методов устранения деформации первого луча.

С 2009 г. мы используем функциональный подход в хирургической коррекции 1-го луча стопы. По предложенной нами методике прооперировано 24 пациента. Показаниями к применению данного метода являются нефиксированные вальгусные деформации первого пальца с углом отклонения до 30 градусов. Поэтапно функциональный подход коррекции первого луча стопы заключается в следующем:

1. При первичном обследовании пациента, кроме традиционных мероприятий (клиническое обследование, рентгенодиагностика), исследуются функциональные свойства стоп на комплексе компьютерной тензоподометрии в статическом, постуральном и динамическом режимах.
2. Основой консервативной подготовки к оперативному вмешательству является курс кинезотерапии, направленный на восстановление функциональных нарушений в стопе, что является обязательным и во многом предопределяет эффективность лечения. Индивидуально подобранные упражнения выполняются в динамическом и статическом режимах, без нагрузки и с отягощением, а также с использованием специальных приспособлений.
3. Перед операцией проводится контрольная компьютерная тензоподометрия, изготавливаются индивидуальные стелечные ортезы по технологии CAD-CAM.
4. Оперативное вмешательство заключается в том, что при резекции экзостоза головки первой плюсневой кости верхний наружный край экзостоза оставляется в виде костного уступа. Дозировано мобилизуется сухожилие длинного разгибателя первого пальца, который после устранения вальгусной девиации и деротации луча, заводится за сформированный выступ. Имея новые точки приложения перемещенный длинный разгибатель приводит кнаружи первую плюсневую кость (устраняется варус), деротирует луч, и фиксирует первый палец в прямом положении (устраняется вальгус 1-го пальца).
5. В раннем послеоперационном периоде пациенту настоятельно рекомендуется выполнение активных движений, которые он освоил в предоперационном периоде. Ранние занятия лечебной физкультурой препятствует образованию рубцовых костно-сухожильных сращений и усиливают эффект позитивного воздействия перемещенного сухожилия на состояние первого луча.
6. Малоинвазивность операции, раннее активное восстановление функциональных свойств оперированной стопы в послеоперационном периоде, отсутствие иммобилизационного периода позволяют пациентам рано нагружать оперированную стопу.

При оценке ближайших и отдаленных результатов с применением комплекса компьютерной тензоподометрии во всех случаях получены положительные результаты, из них хорошие и отличные – у 18 пациентов и удовлетворительные – у 6 пациентов. Применение данного метода хирургической коррекции и функционального подхода в комплексной реабилитации пациентов с нефиксированной деформацией первого луча стопы привело к существенному сокращению сроков лечения, повышению функциональных и анатомических результатов, улучшению качества жизни, что подтверждалось и субъективной оценкой пациентов, полученной в результате анализа данных индивидуальных опросников.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Сычёв В.В.[1], Щегольков А.М.[2], Юдин В.Е.[1], Будко А.А.[1]
[1]*Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ, г. Москва*
[2]*Институт усовершенствования врачей ФКУ «МУНКЦ им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, г. Москва*

Наряду с широким внедрением в клиническую практику новых эффективных медикаментозных препаратов все большее распространение получают хирургические методы лечения ишемической болезни сердца (ИБС). Однако, операция на открытом сердце с рассечением грудины – это тяжёлая хирургическая травма. Течение послеоперационного периода, у больных перенесших операцию коронарного шунтирования (КШ), сопровождается явлениями дезадаптации кардиореспираторной системы, снижением сократительной способности миокарда, миокардиального и аэробного резервов организма. Кровопотеря во время операции, постгеморрагическая анемия, использование аппарата искусственного кровообращения, обширная травма грудной клетки, нарушение функции внешнего дыхания, гиподинамия и ряд других факторов приводят к значительной гипоксии и у этой категории больных. Проявления гипоксического синдрома осложняются и отягощаются имеющимся у этих пациентов синдромом гиперкоагуляции. Повышение уровня фибриногена, тромбоцитов и угнетение фибринолитической активности крови ведет к нарушению микроциркуляции.

Для коррекции гипоксического синдрома применяется гипербарическая оксигенация, антигипоксанты, препараты, улучшающие метаболизм органов и тканей. Одним из немедикаментозных методов с широким спектром воздействия на различные стороны патогенеза ИБС является озонотерапия. В основе положительного влияния озонотерапии при ИБС лежат: восстановление кислородтранспортной функции крови, нормализация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), реологических свойств

крови, активация фермента NO-синтетазы с образованием окиси азота. Применение озона способствует снижению гипоксемии и гипоксии тканей; улучшению микроциркуляции, нормализации реологических свойств крови; возрастанию фибринолитической активности.

С целью изучения эффективности воздушных озоновых ванн (ВОВ) в комплексной медицинской реабилитации больных ИБС, перенесших коронарное шунтирование, обследовано 130 больных ИБС, поступивших на лечение в реабилитационный центр. В основную группу (ОГ) вошли 95 человек, в контрольную группу (КГ) - 35 человек. Возраст больных от 45 до 65 лет, средний возраст составил 52,4±5,6 лет. Программа обследования включала общеклинические, лабораторные и функциональные исследования в начале и конце курса реабилитации.

Программа реабилитации больных ОГ включала климатодвигательный режим в зависимости от состояния больного: щадящий (I), щадящетренирующий (II) или тренирующий (III); диету № 10, 9, лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, аппаратную физиотерапию (низкоинтенсивное лазерное излучение на послеоперационные рубцы грудины и голеней), медикаментозную терапию (дезагреганты, бета-блокаторы, статины, ингибиторы, АПФ, по показаниям нитраты), рациональную психотерапию, занятия в «Школе кардиологических больных», воздушно-озоновые ванны. Длительность процедуры ВОВ составляла 20 мин, концентрация озона - 8-10 мг/л в озонированной воде, температура воздушно-озоновой смеси - 36 градусов С. Курс лечения включал 10 процедур, которые проводились ежедневно. Воздушно-озоновая ванна разработана ООО «Прима XXI» (Россия). Процедуры проводились в специальном боксе, в котором размещался пациент в сидячем положении. Бокс имеет плотно прилегающую дверь и горловину-уплотнитель, благодаря которой голова пациента находится вне зоны действия газа. В приборном отсеке бокса смонтирован озонатор – прибор для синтеза озона из медицинского кислорода (установка озонотерапевтическая УОТА-60-01«Медозон»). Синтезированный озон поступает в специальную ёмкость с дистиллированной водой, где происходит озонирование воды. С помощью насоса озонированная вода подаётся в бокс с пациентом, где распыляется через специальные форсунки. Программа обследования и реабилитации больных КГ была идентичной за исключением применения воздушно-озоновых ванн.

Анализ полученных данных выявил положительную динамику показателей, характеризующих состояние кардиореспираторной системы, как в ОГ так в КГ. Однако, у больных ОГ, по сравнению с пациентами КГ, регистрировалось более существенное улучшение большинства показателей, уменьшилась интенсивность болей в области послеоперационных рубцов, улучшились показатели ФВД, повысилась насыщенность крови кислородом с 57,6 ± 0,78 мм рт. ст. до 72,3 ±0,84 мм рт. ст. Отмечено статистически достоверное снижение уровня фибриногена в ОГ с 6,1 г/л до 3,9 г/л (на 2,2 г/л - 36,1%) в КГ с 6,3 г/л до 4,8 г/л (на 1,5 г/л -24,6%), показатель теста реакция фибрин мономерных комплексов (РФМК) с фенантралином в ОГ снизился с 6,8 до 3,8, а КГ- с 6,6 до 4,5. В тоже время в ОГ в сравнении с данными КГ после лечения достоверно выше стали показатели АЧТВ: в ОГ возросло с 27,8с до 37,4с в КГ с 29,2с до 31,6с; тромбинового времени: в ОГ с 10,9с до 13,7с, в КГ с 10,4 до 11,3с. При исследовании микроциркуляции (МЦ) крови методом лазерной допплеровской флоуметрии показатели микроциркуляции

улучшились у больных обеих групп, в ОГ средняя перфузия повысилась с 2,93±0,34 до 4,36±0,42, в КГ 2,89±0,31 до 3,12±0,39; коэффициент вариации увеличился в ОГ с 8,69±0,61 до 9,35±0,51, в КГ с 8,72±0,57 до 9,11±0,63; снизились нейрогенный тонус в ОГ с 1,81±0,24 до 1,61±0,18, в КГ с 1,74±0,25 до 1,71±0,47, миогенный тонус в ОГ с 3,17±0,32 до 2,53±0,22, в КГ с 3,23±0,34 до 2,94±0,36, показатель шунтирования в ОГ с 1,86±0,13 до 1,21±0,16, в КГ с 1,84±0,18 до 1,68±0,21, произошло улучшение практически всех показателей МЦ, однако, более значительные и достоверные результаты были в ОГ. Повысилась сократительная способность миокарда, фракция выброса (ФВ) возросла в ОГ с 47,2±2,1% до 53,9±2,4%, (на 6,7%), в КГ с 48,1±2,5% до 51,3±2,2% (на 3,2%). У больных ОГ статистически достоверно возросла толерантность к физической нагрузке (ТФН) на 21,8 Вт или 31,3%, у больных КГ на 10,8 Вт или 15,3%. Установлена положительная динамика двойного произведения (ДП), у больных ОГ ДП возросло с 143,9±4,2 у.е. до 184,3±5,2 у.е., (на 40,4 у.е. или 28,1 %), в КГ этот показатель возрос с 142,6±4,5 у.е. до 158,5±4,9 у.е. (на 15,9 у.е. или 11,2 %).

Таким образом, применение воздушно-озоновых ванн в комплексной программе реабилитации больных ИБС после операции КШ способствует улучшению транспорта кислорода, реологических свойств и микроциркуляции крови, снижению гипоксемии и гипоксии тканей; нормализации показателей центральной и периферической гемодинамики, улучшению клинико-функционального состояния больных, повышению толерантности к физической нагрузке, что в результате, обеспечивает более высокую эффективность восстановительного лечения.

ФИЗИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛИ В СПИНЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Токарева Д.В., Абусева Г.Р.
ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург

Боль в нижней части спины (БНС) – распространенный клинический синдром, проявляющийся болезненными ощущениями в области, локализующейся между XII парой рёбер и ягодичными складками. Боль в спине широко распространена и ежегодно поражает значительную долю населения. Люди пожилого возраста также страдают этим недугом.

Под острой болью в спине подразумевают боль, которая длится 6 недель и меньше (по данным других авторов – до 4 недель), под подострой – боль, продолжительностью от 6 до 12 недель; длительность хронической боли как правило более 12 недель. Наиболее часто (примерно у 85% пациентов) возникает «неспецифическая боль в спине», однако у данной категории пациентов в первую очередь необходимо исключить специфическую патологию: инфекции, опухоли, остеопороз, болезнь Бехтерева, перелом или воспалительный процесс.

Лечение БНС основывается на принципах доказательной медицины и современных стандартах с учетом следующих рекомендаций: пациенту следует избегать постельного режима (т.е. продолжить повседневную деятельность или, по возможности, как можно

скорее возобновить ее). Исследования показали, что постельный режим может способствовать переходу острой боли в подострую и хроническую, что особенно актуально для больных пожилого возраста. В программу лечения должны быть включены нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП и, при необходимости, трициклические антидепрессанты, особенно при хронизации болей (класс рекомендации А). Для уменьшения мышечного тонуса рекомендуется применение миорелаксантов (класс рекомендации А).

Довольно часто хроническая боль в пояснице, как правило, имеет сложности в лечении во многом связанные с неэффективностью терапии или наличием сопутствующих заболеваний, особенно у пациентов пожилого возраста, ограничивающих возможности врача. Поэтому порой на первый план в лечении боли пожилых пациентов встает физическая терапия. Анализ исследований, посвященных применению физических методов лечения боли в спине у пациентов старших возрастных группах позволяет рекомендовать применение акупунктуры и ЛФК.

Данные некоторых рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) позволяют предположить, что глубокое воздействие на триггерные точки может быть более эффективным режимом лечения боли в пояснице у пожилых пациентов, чем стандартные методы акупунктуры или поверхностное воздействие на триггерные точки.

В качестве лечебной физкультуры показаны упражнения, связанные с флексией в поясничном отделе позвоночника (ходьба по бегущей дорожке с наклоном вперед, велоэргометр), также рекомендуются упражнения для укрепления мышц брюшного пресса. При этом достоверных доказательств эффективности ношения корсета не существует.

Применение электротерапии в данной возрастной группе также эффективно снижало степень выраженности болевого синдрома. Импульсные токи периферического действия могут быть назначены пожилым пациентам с хронической болью в спине (при отсутствии противопоказаний), т.к. результаты проведенных РКИ свидетельствуют о снижении интенсивности боли и уровня инвалидности, повышении качества жизни и физической работоспособности.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА В СОСТАВЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Хмиль А.Я., Белов Д.Ф., Молчанов Б.А.
Филиал № 1 ФГБУ «Медицинский центр Минобороны России», г. Химки

Центральный военный госпиталь Спецстроя России начал функционировать в г. Дмитров в сентябре 1954 г. За годы своей работы оказывал квалифицированную медицинскую помощь военнослужащим и гражданскому персоналу Спецстроя России, развился в современный многопрофильный стационар. С 1984г. работает на новой базе в г.Химки, с 2001г. – по штату на 500 коек. В настоящее время в госпитале функционируют

20 лечебно-диагностических отделений, на современном уровне оказывается специализированная и элементы высокотехнологичной медицинской помощи. В декабре 2011 года введен в строй 4-й корпус госпиталя, где с января 2012 г. начало свою работу новое подразделение - лечебно-реабилитационный центр.

Для центра были определены задачи:

- восстановительное лечение больных непосредственно после интенсивного (консервативного, оперативного) лечения острых заболеваний и травм;

- медицинскую реабилитацию больных и инвалидов с последствиями травм, операций, хронических заболеваний;

- оздоровление лиц группы риска (в первую очередь - военнослужащих).

В штат реабилитационного центра вошли:

-физиотерапевтическое отделение

- отделение лечебной физкультуры

- отделение ГБО

- кабинет нейро(реабилитации)

- кабинет кардио(реабилитации)

- кабинет реабилитации опорно-двигательного аппарата.

Начата работа по выполнению задач, поставленных реабилитационному центру.

Руководство медицинской службы Спецстроя России и командование госпиталя предприняли меры для развития реабилитационного направления:

- в июне 2012г. все врачи лечебных специальностей госпиталя пошли тематическое усовершенствование по циклу «Актуальные вопросы медицинской реабилитации»;

- сотрудники реабилитационного центра ознакомились с работой передовых ЛПУ, проводящих реабилитационное лечение;

- в октябре 2012 года была организована и проведена межрегиональная научно-практическая конференция «Современные направления и перспективы развития медицинской реабилитации».

В январе 2013г. структура медслужбы Спецстроя России была передана в состав Министерства Обороны РФ, стала называться «Медицинский центр Минобороны России», госпиталь - филиал № 1 этого центра. Это вызвало значительное изменение структуры обслуживаемого контингента, появление большего количества более сложных больных, в том числе нуждающихся в восстановительном лечении. В течение двух лет нозологический состав пациентов, прошедших реабилитационные программы, практически не менялся, и большинство составили неврологические, кардиологические и травматологические больные, что соответствует современным тенденциям реабилитации.

Структуру входящего потока пациентов, прошедших лечение в ЛРЦ, можно рассмотреть в сравнительной характеристике, проанализировав абсолютное количество пациентов и процентное соотношение по основным профилям в 2012 и 2013 гг.

Неврология- 2012г.- 985 (28,2%), 2013г. – 1063 (29,6%);

Кардиология - 2012г. – 427 (12,2%), 2013 г. -481(13,4%);

Травматология- 2012г.- 366(10,4%), 2013г.- 416 (11,6%);

Пульмонология- 2012г. -352(10,1%), 2013г.- 326(9,1%);

Нейрохирургия- 2012г.- 227(6,5%), 2013г.- 312(8,6%);

Прочие- 2012г.- 1138(32,5%), 2013г.- 993(27,6%)

(12 отделений)

Всего- 2012г.- 3495(100%), 2013г.- 3592 (100%)

Таким образом, неврологические больные составили около 1/3 от всех, прошедших реабилитацию, травматологические и нейрохирургические - около 20%, кардиологические- 12-13%.

В связи с тем, что реабилитационный центр является структурным подразделением госпиталя, то основной поток пациентов направлялся врачами его различных отделений. Мероприятия по реабилитации проводились начиная с первых дней развития заболевания или непосредственно сразу после оперативных вмешательств. Постепенно возникла потребность и в лечении пациентов, впервые обратившихся за восстановительным лечением и на более поздних стадиях болезни. Наибольшее число таких заявок поступало от поликлиник МО РФ Московского региона. В связи с тем, что госпиталь пока не имеет специализированных реабилитационных коек, лечение проводилось в коечных отделениях по профилю заболевания. Во второй половине 2013г. был организован перевод пациентов (в основном, военнослужащих) целенаправленно на реабилитационное лечение из военных госпиталей Московского региона. Структура пациентов, прошедших лечение в реабилитационном центре по направлениям была следующей:

Из отделений филиала № 1 МЦ МО- 2012г.- 91,7%, 2013г.- 81,4%

Из центральной поликлиники МЦ МО- 2012г.- 6,1%, 2013г. - 5,3%

Из Главного и центральных ВГ - 2012г. – 0%, 2013г.- 0,6%

Из других ВГ - 2012г. – 0%, 2013г.- 0,4%

Из поликлиник МО - 2012г.- 0%, 2013г. - 9,4%

Из частей МО - 2012г.- 2,2%, 2013г. - 2,8%

Особое место в процессе проведения медицинской реабилитации уделялось различным физическим методам лечения больных. Охват процедурами физиотерапии составил в 2012-2013 гг. 60,9- 66,8% (в 2011г. -55,9%). Применялись самые современные методы физиотерапии, в том числе широкий арсенал бальнеотерапии. Охват процедурами ЛФК составил в 2012-2013 гг. 19,1-22,8 % (в 2011г. - 13,4 %). Широко использовались наряду с классическими тренажерами для механотерапии современное, высокотехнологичное оборудование, активно использовались физические упражнения в воде (гидрокинезотерапия) в лечебном бассейне.

Начальный период работы реабилитационного центра в госпитале показал, что современная медицинская реабилитация – это комплекс лечебных и профилактических мероприятий, который включает в себя обязательное участие специалистов разных сфер-физиотерапевтов, массажистов, психологов, кинезотерапевтов, рефлексотерапевтов, логопедов и других специалистов, направленных на максимально возможное восстановление утраченных функций и способностей пациента после различных заболеваний.

Значительные потери, наносимые обществу, в том числе силовым структурам, в результате нетрудоспособности, инвалидности, снижения боеспособности от болезней системы кровообращения, неврологических расстройств, травматизма, определяют актуальность проблемы не только организации диагностики и лечения этих заболеваний, но и соблюдения принципов восстановительного лечения, применения методов высоких

реабилитационных технологий, чему способствует организация центров реабилитации, создаваемых на базах крупных многопрофильных лечебных учреждений.

ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДА АРТРОСКОПИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ В ТРАДИЦИОННУЮ СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗОВ И ИХ ОЦЕНКА НА ПОЗДНЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Цуканов Д.В., Поправка С.Н., Серегин М.В., Имаков В.В.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

На сегодняшний день существует множество подходов к лечению деформирующего артроза коленного сустава. Но не смотря на достигнутые успехи, не существует единого подхода к комплексному лечению данной патологии. Нами разработан и успешно внедрен метод артроскопии в лечении больных с гонартрозом. Нами исследовано 112 пациентов (мужчин 101, женщин 11), распределение по возрасту составило от 27 до 68 лет. Подавляющее количество больных составили лица трудоспособного возраста. Предварительный диагноз, основанный на результатах клинического, лабораторного и специального исследования (рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография) в 98 % случаев был изменен или дополнен на основании артроскопического исследования. Помимо повреждения суставного хряща в характере данной патологии превалировало повреждение внутреннего (64%) и наружного 23 (%) менисков, так же встречались частичные или полные разрывы передней крестообразной связки. В ряде случаев (8%) проявления деформирующего артроза коленного устава сопровождались отслойкой суставного хряща с наличием внутрисуставных хондральных или остеохондральных тел. Преимущество метода артроскопии состоит в том, что осуществляя точную диагностику проводилось адекватное малоинвазивное хирургическое лечение, направленное на устранение анатомических или посттравматических изменений. В раннем послеоперационном периоде проводилось комплексное реабилитационное лечение (физиотерапия, массаж, ЛФК, занятия на тренажерах, механотерапия), которое при необходимости дополнялось внутрисуставным введением хондропротекторов (Ферматрон, Дьюролан, Остенил). Для каждого пациента составлялась индивидуальная схема реабилитации с учетом артроскопической картины, характера и объема оперативного вмешательства, возраста и уровня физической активности пациента. Оценку результатов проводили через 3, 6 и 12 мес. по шкале по шкале IKDS. При необходимости лечение дополнялась повторным курсом реабилитации и консервативной терапии. В 95 % случаев получены отличные и хорошие результаты в виде снижения болевого синдрома и увеличения движений в оперированном суставе, повысился уровень физической активности пациентов.

Заключение: Внедрение метода артроскопии в традиционную схему лечения гонартрозов на основании комплексного подхода позволяет улучшить функциональные результаты лечения и продлить трудоспособный возраст пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК

Чурсин В.В., Клевцевич А.В., Калашников А.Л., Глуцкий С.А., Цепелева Г.С.
Филиала № 4 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО РФ, г. Краснознаменск

Проблема острого аппендицита остается до сих пор чрезвычайно актуальной. Это обусловлено высоким уровнем заболеваемости, и соответственно, наиболее частой причиной острого живота, требующей хирургического вмешательства, большим числом различных осложнений.

Цель исследования: оценить преимущества применения комбинированной (видеоассистированной), лапароскопической аппендэктомии над традиционной методикой.

Материал и методы: За период с 2002 по 2007 годы комбинированным методом оперировано 492 пациента с острым и хроническим аппендицитом. Из них 315 больным после мобилизации червеобразного отростка экстраабдоминально накладывались кисетный и Z-образный швы, а 177 - использовали экстраабдоминалыюе наложение двух лигатур. У 15 пациентов ранее выполнялась срединная лапаротомия, в 5 наблюдениях имелась перфорация червеобразного отростка и 8 пациентов имели ожирение IV степени. Расположение первого троакара в данной группе было над пупком, второго на середине расстояния между пупком и лоном. Третий троакар устанавливался под контролем лапароскопа в правой подвздошной области непосредственно над куполом слепой кишки после визуализации червеобразного отростка с целью сокращения расстояния между основанием отростка и передней брюшной стенкой.

Первую контрольную группу составили 302 пациента, оперированных лапароскопическим методом в 2002-2006 годах. У 108 пациентов данной группы троакары располагались над пупком, в левой подвздошной области и в правой подреберной области. После мобилизации червеобразного отростка на его основание накладывали три клипсы и отсекали отросток между второй и третьей. Из них в 10 случаях интраабдоминально накладывали перитонизирующие швы.

У 194 пациентов расположение троакаров соответствовало основной группе. Вместо клипс на основание червеобразного отростка накладывали лигатуры. В 12 наблюдениях культю червеобразного отростка укрывали перитонизирующими швами. В данной группе 8 пациентов ранее перенесли срединную лапаротомию; 5 пациентов имели ожирение IV, в 3 случаях отмечена перфорация в области основания червеобразного отростка.

Вторую контрольную группу составили 200 пациентов после аппендэктомий, выполненных традиционным способом, оперированных в 1999-2000 и 2004-2005 годах. Комбинированная и лапароскопическая аппендэктомий производились при любой форме воспаления червеобразного отростка, его расположении, включая атипичное, осложнениях заболевания перитонитом, с учетом явных противопоказаний. Показанием к выполнению аппендэктомий лигатурным методом являлись все формы острого и

хронического аппендицита, не сопровождающийся воспалением купола слепой кишки. При использовании комбинированной аппендэктомий перфорация червеобразного отростка у основания и воспалительная инфильтрация купола слепой кишки в окружности основания червеобразного отростка, требующая наложения погружных швов, не являлись абсолютным противопоказанием. При возникших осложнениях и запланированных санациях брюшной полости проводились релапароскопии через ранее установленные дренажи.

Результаты: Длительность комбинированной аппендэктомий при катаральном воспалении червеобразного отростка в среднем составила 38±3,8 мин ($p<0,05$), флегмонозном - 52,5±3,3 ($p<0,05$), гангренозном - 61,9±4,8 ($p<0,05$), гангренозно-перфоративном -62,9±6,1 ($p<0,05$). Средняя длительность комбинированной аппендэктомий составила 53±2,4минут ($p<0,05$).

С применением лигатурного метода продолжительность операций снизилась в среднем на 5,5±2,3 минуты.

Средняя длительность лапароскопической аппендэктомий при катаральном воспалении червеобразного отростка составила 45,38±4,3 минуты, флегмонозном - 54,66±2,2 мин., гангренозном - 64,64±5,4 мин. и при гангренозно-перфоративном - 67,95±4,7 мин. Средняя статистическая длительность лапароскопической аппендэктомий без использования кисетного и z-образного швов составила 56,47±2,36 минуты ($p<0,05$). При использовании интраабдоминального кисетного и z -образного швов продолжительность лапароскопической операции увеличивалась в среднем на 15,3 мин., что в сравнении с комбинированной аппендэктомией на 11,9 минуты больше.

При выполнении традиционных аппендэктомий средняя продолжительность операций составляла 53,1 ±5,2 мин.

Длительность стационарного лечения после комбинированных аппендэктомий в среднем составила 5,7±0,3 койко/дня ($p<0,05$), при лапароскопической - 5,28±0,29($p<0,05$) и традиционной аппендэктомий - 9,8±0,57 ($p<0,05$).

При проведении комбинированной аппендэктомий осложнения возникли у 24 (4,8%) пациентов. Среди них выявлены: 2 (0,42%) кровотечения из троакарной раны, потребовавшие в дальнейшем выполнить ревизию троакарного хода; 2 (0,42%) кровотечения из сосудов передней брюшной стенки, связанные с повреждением ветвей эпигастральной артерии - потребовавшие лапароскопии для определения источника кровотечения с последующей его остановкой и 2 (0,42%) кровотечения из брыжейки культи отростка. В целом кровотечения в структуре осложнений при комбинированной аппендэктомий составили 1,26%.

Нагноение троакарной раны отмечено в 9 (1,92%) наблюдениях. Внутрибрюшные абсцессы выявлены у 3 (0,64%)больных. У одного больного абсцесс развился в правой подвздошной области и 2 у больных в области малого таза. Все абсцессы вскрыты релапароскопически. В 2 (0,42%) случаях развился послеоперационный воспалительный инфильтрат, разрешившийся консервативно.

Острая кишечная непроходимость развилась у 2 (0,42%) детей с гангренозно - перфоративным аппендицитом. В обоих случаях выполнялась релапароскопия, причем в одном случае достаточно было разделить спайки и санировать брюшную полость, во втором потребовалась лапаротомия в правой подвздошной области.

Эвентрация пряди сальника возникла у 1 (0,21%) у больного с гангренозным аппендицитом. Больному иссечена прядь сальника и наложен мышечно-апоневротический шов. Пилефлебит развился у 1 (0,21%) больного с гангренозным аппендицитом. После консервативной терапии наступило выздоровление.

При проведении лапароскопической аппендэктомий осложнения возникли у 14 (4,3%о) пациентов. Среди них выявлено 2 (0,6%) кровотечения из троакарной раны, потребовавшие в дальнейшем выполнить ревизию троакарного хода, 1 (0,3%) - из брыжейки культи отростка; 1 (0,3%) - из сосудов забрюшинного пространства. В 3 случаях кровотечение остановлено при релапароскопии. В одном случае выполнена лапаротомия в правой подвздошной области и кровоточащая брыжейка отростка прошита. В целом кровотечения в структуре осложнений при лапароскопической аппендэктомий составили 1,3%.

Нагноение послеоперационных ран отмечено у 6 (1,9%) больных: 2 у больных с флегмонозным аппендицитом и у 4-х с гангренозным и гангренозно-перфоративным аппендицитом. Внутрибрюшные абсцессы развились у 2 (0,66%) больных, оба были вскрыты и дренированы при релапароскопии. Необходимо подчеркнуть, что нагноения ран после комбинированной и лапароскопической аппендэктомий по характеру и размерам несопоставимы с нагноениями после традиционной аппендэтомии. Острая кишечная непроходимость развилась у 1 (0,3%) пациента с гангренозно - перфоративным аппендицитом. Выполнялась релапароскопия, причем, несмотря на проведение санационных лапароскопии потребовалась срединная лапаротомия.

Послеоперационные осложнения после выполнения традиционной аппендэктомий возникли у 22 (11%) пациентов. В структуре осложнений при открытой аппендэктомий преобладали инфекционные 19 (9,5%) пациентов, из них: нагноение послеоперационной раны возникло у 11 (5,5%); несостоятельность послеоперационного рубца - у 2 (1%); подъапоневротический абсцесс - у 2 (1%); абсцесс малого таза - у 3 (1,5%); несостоятельность культи червеобразного отростка - у 1 (0,5%). Послеоперационное кровотечение из брыжейки червеобразного отростка отмечено у 2 (1%) пациентов, которым была выполнена срединная лапаротомия, прошита кровоточащая культя брыжейки и санация брюшной полости. Спаечная тонкокишечная непроходимость возникла у 1 (0,5%) пациента с гангренозным аппендицитом, что потребовало в ближайшем послеоперационном периоде выполнить релапаротомию, адгезиолизис, НГИИ, санацию, дренирование брюшной полости.

Следует подчеркнуть, что лечение осложнений, имевших место при традиционной аппендэктомии у 9 пациентов, закончилось срединной лапаротомией, составив 4,5% от всех больных этой группы. В тоже время из числа осложнений, наблюдавшихся при выполнении лапароскопической или комбинированной аппендэктомии, переход на лапаротомию в правой подвздошной области был осуществлен только у двух пациентов - по одному в каждой группе.

Выводы: 1. Комбинированная аппендэктомия сочетает в себе достоинства лапароскопического и традиционного доступов. Она может применяться в условиях военного госпиталя при всех формах острого и хроническом аппендиците при отсутствии абсолютных противопоказаний.

Комбинированная аппендэктомия является технически более простой операция, чем лапароскопическая особенно при условии обязательной перитонизации культи отростка. Она позволяет успешно завершать операцию без конверсии при перфорации червеобразного отростка у основания и в ситуациях, требующих перитонизации культи отростка.

Лапароскопическая интраабдоминальная перитонизация культи червеобразного отростка требует опыта оперирующего хирурга и значительно превышает время, затрачиваемое на неё при комбинированной аппендэктомии.

Комбинированная и лапароскопическая методики имеют преимущества перед традиционной операцией, позволяя снизить период стационарного лечения в 1,78 и 1,9 раза, а число послеоперационных осложнений в 2,3 и 2,4 раза (соответственно). При необходимости конверсии они позволяют ограничиться правым подвздошным доступом, не прибегая к срединной лапаротомии.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ

Чурсин В.В., Клевцевич А.В., Калашников А.Л., Глуцкий С.А., Цепелева Г.С.
Филиала № 4 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО РФ, г.Краснознаменск

Изучен шестнадцатилетний опыт использования лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в отделении неотложной хирургии в военном госпитале. Произведена оценка причин конверсии (перехода на традиционную холецистэктомию), длительности стационарного лечения, развившихся осложнений.

Цель исследования

Оценить шестнадцатилетний опыт применения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в отделении неотложной хирургии в военном госпитале.

Материал и методы

За период с 1997 года по настоящее время в отделении неотложной хирургии госпиталя выполнены 793 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ). Это составило 92,7% от всех холецистэктомий, в том числе случаев перехода на традиционную холецистэктомию 26 случаев, что составило 3,0% от всех выполненных в отделении холецистэктомии.

Основанием для отказа от лапароскопического способа выполнения вмешательства мы считали: острые формы деструктивного холецистита с развитием плотного перивезикального инфильтрата, при котором дифференцировать анатомические структуры лапароскопическим способом не представлялось возможным, выраженный спаечный процесс в подпеченочном пространстве после перенесенных операций в верхнем этаже брюшной полости, при разделении которых также отдифференцировать анатомические структуры не представлялось возможным, гемотампонада желчного

пузыря на фоне передозировки непрямых антикоагулянтов, а также сопутствующие заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем в стадии декомпенсации.

Из 793 операций 487 (61,4%) выполнены по поводу острого холецистита, в 292 (36,8%) случае операции производились по поводу хронического калькулезного холецистита, у 3 (0,4%) по поводу хронического бескаменного холецистита и у 11 (1,4%) по поводу полипов желчного пузыря.

Тяжелые интраоперационные осложнения возникли у 3 (0,4%) пациентов. У всех пациентов повреждение желчевыводящих путей, которое произошло как при острых, так и при хронических формах воспаления желчного пузыря. У 2 пациентов – краевое повреждение холедоха, возникшее при разделении плотного перивезикального инфильтрата. У 1 пациента краевое повреждение замечено во время операции – выполнено ушивание дефекта холедоха и наружное дренирование желчевыводящих путей, санация и дренирование брюшной полости во время лапаротомии. Течение послеоперационного периода обычное. Во 2 случае на 2-е сутки после операции развилась клиника желчного перитонита, краевое повреждение холедоха выявлено при ревидеолапароскопии, к месту повреждения был установлен дренаж, выполнена санация и дренирование брюшной полости, наружый желчный свищ самостоятельно закрылся на 12-е сутки после операции, пациентка была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. В 1 случае – операция по поводу острого калькулезного холецистита, произошло полное пересечение общего желчного протока, наложен билиодигестивный анастомоз.

Кровотечения различной степени интенсивности возникли у 10 (1,3%) больных. Интенсивное кровотечение из ложа желчного пузыря, пузырной артерии и ее ветвей развилось в 3 случаях. Во всех случаях выполнена конверсия на лапаротомию (кровотечение из пузырной артерии – 2, кровотечение из ложа желчного пузыря - 1). Течение послеоперационного периода у всех пациентов обычное.

В 2-х (0,2%) случаях у пациентов после выполненной ЛХЭ по поводу острого деструктивного холецистита в послеоперационном периоде развивалась клиника подпеченочных абсцессов. Выполнялась лапаротомия в правом подреберье и дренирование абсцессов.

В 2-х (0,2%) случаях у пациентов после выполненной ЛХЭ по поводу острого деструктивного холецистита в раннем послеоперационном периоде развивалась клиника желчного перитонита. В 1 случае из-за миграции дренажа по Пиковскому-Холстеду из желчевыводящих путей в свободную брюшную полость. В данном случае была выполнена лапаротомия в правом подреберье, санация и дренирование брюшной полости, дренирование желчевыводящих путей по Керу. В другом случае после ЛХЭ причиной развившейся клиники желчного перитонита явилась несостоятельность клипс на культе пузырного протока. Так как данное осложнение было выявлено в течение 1-х суток от момента выполненной ЛХЭ, при ревидеолапароскопии было выполнено повторное клипирование культи пузырного протока, санация и дренирование брюшной полости.

Нагноение троакарной раны отмечено в 3-х (0,4%) наблюдениях.

Летальных исходов в послеоперационном периоде не было. Во всех случаях после выполненных ЛХЭ отмечена ранняя активизация больных, значительно меньший расход

медикаментов. Среднее время нахождения больных после выполнения лапароскопической холецистэктомии составило 5,9 дня.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПЛЕРЕНОНА У БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Чурсина Т.В., Юдин В.Е., Сычев В.В., Ворсин О.Э., Александрова А.Ю.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

В настоящее время хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из главных проблем здравоохранения во многих странах мира, в том числе в России, США и экономически развитых странах Запада, так как ежегодные расходы на лечение больных очень велики, а смертность остается высокой. Прогноз пациентов с ХСН остается одним из самых неблагоприятных: ежегодная смертность достигает 10 % (Ольбинская С.И., Сизова Ж.М., 2001г.). Около 50% больных с ХСН, несмотря на использование комбинированной терапии, умирает в течение 5 лет после появления клинических симптомов (Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., 2000г.). Социальная значимость ХСН определяется тем фактором, что затраты на лечение данной патологии в развитых странах мира составляют, в среднем, 1-3% всего бюджета здравоохранения (Malek M., 1999г., Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., 2002 г.). Принципы медикаментозной терапии ХСН в первой декаде XXI века строятся на основе медицины доказательств и с учетом знаний о патофизиологических механизмах развития ХСН. Ведущей концепцией развития ХСН является избыточная активация нейрогормональных систем, прежде всего ренин-ангиотензин альдостероновой системы (РААС), требующая адекватного контроля при длительном лечении больных с декомпенсацией. Кроме ангиотензина II (А II), важную роль в патогенезе ХСН играют и ренин, и альдостерон. Применение ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов (иАПФ) или антагонистов рецепторов альдостерона (АРА) помогает контролировать синтез или действие А II, однако, как оказалось, при длительном применении иАПФ, АРА, их комбинаций с другими лекарственными препаратами не способны адекватно контролировать активность альдостерона, даже в случае их использования в в максимальных дозах.

В данном контексте обоснована важность включения в комплексную терапию больных с ХСН, перенесших АКШ новых лекарственных препаратов, способных оказать влияние на основные патогенетические механизмы, клинические проявления заболевания для повышения эффективности лечения и улучшения прогноза.

Целью настоящего исследования стало изучение влияния эплеренона в комплексной терапии больных ХСН, перенесших АКШ на клиническое состояние больных, показатели гемодинамики, изменение уровня мозгового натрийуретического пептида (МНП) в процессе лечения.

Нами обследованы 34 пациента, перенесших аорто-коронарное шунтирование с проявлениями ХСН 1-2 ФК по NYHA. Всем пациентам проводились общеклинические

исследования (Общий анализ крови, общий анализ мочи, электрокардиография) при поступлении в отделение и перед выпиской, эхокардиография, также исследовался уровень МНП. Программа медицинской реабилитации больных включала медикаментозную терапию (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, В-блокаторы, статины, аспирин, лечебную физкультуру, физиопроцедуры (лазер на область грудины). Для лечения сердечной недостаточности пациенты основной группы (14 человек) использовали эплеренон (инспра) в дозе 25 мг в сутки, другие 2 больных принимали спиронолактон в дозе 25-50 мг в сутки.

При анализе полученных результатов отмечено, что у пациентов, принимавших эплеренон, отеки н/конечностей, застойные явления в малом круге кровообращения исчезли к 3-4 дню лечения, в то время как у пациентов контрольной группы к 7-8 дню лечения. Также у пациентов основной группы улучшились показатели сократительной функции миокарда ЛЖ, хотя и недостоверно. Уровень МНП у пациентов основной группы к моменту выписки из отделения достиг нормальных значений, в то время как у пациентов, принимавших спиронолактон, оставался повышенным.

Таким образом, использование медицинской реабилитации пациентов с ХСН, перенесших АКШ, с включением в комплексную терапию селективного блокатора альдостероновых рецепторов эплеренона способствует в большей степени снижению уровня мозгового натрийуретического пептида, чем применение стандартных схем лечения, что свидетельствует о повышении эффективности лечения и об улучшении прогноза заболевания.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОБЩЕЙ АЭРОКРИОТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ КРИОКАПСУЛЫ ICEQUEEN

Шакула А.В., Шуппо О.А.
ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва
ООО «Grand Clinic», г. Москва

В последние годы в практике медицинской реабилитации находит лечебное применение холодовых процедур, в частности общая аэрокриотерапия и местная криотерапия. В механизме воздействия холода на организм выделяют 2 фазы: вазоконстрикции и вазодилятации. 1-ая – фаза максимального сужения происходит в течение 1-2 минут, со снижением температуры кожи до 0°С, продолжается 20 минут. 2-ая развивается через 20 минут после воздействия холодового фактора в виде выраженного расширения периферических артериальных сосудов, что приводит к активной гиперемии длительностью от 1 до 3х часов. Энергетический расход за 1 процедуру составляет до 300 ккал , что важно при лечении ожирения и метаболического синдрома. Общая аэрокриотерапия усиливает выработку АКТГ в гипофизе, способствует выбросу катехоламинов и стимуляции липолиза в жировой ткани. Холод эффективен как для снятия мышечного спазма, так и для повышения мышечного тонуса. Миорелаксирующий

эффект низких температур также связан с выраженным торможением гамма-мотонейронной функции. Наряду с изменениями капиллярного и артериального кровообращения происходит улучшение венозного и лимфатического оттока, а также стимуляция лимбической системы головного мозга, что приводит к усилению выработки эндорфинов, обладающих мощным седативным и аналгезирующим действием. Общая аэрокриотерапия не оказывает существенного влияния на коронарное кровообращение, артериальное давление, сердечный ритм, приводит к уменьшению уровня реактивной и личностной тревожности, эмоциональной подавленности, напряженности и улучшению настроения.

Исследования воздействия общей аэрокриотерапии на организм проводились в Москве в сети клиник GRAND-Clinic. С учетом многолетнего опыта отечественных и зарубежных специалистов в GRAND-Clinic разработаны следующие показания к проведению процедур: ожирение 1 и 2 степени различного генеза (алиментарного, гормонального, эндокринного); метаболический синдром; гиноидная липодистрофия (целлюлит); хронический обструктивный бронхит и бронхиальная астма; синдром хронической усталости; псориаз, зимняя и летняя форма, нейродермит; акне и угревая сыпь (розовые угри).

В исследованиях применялась криокапсула «ICEQUEEN»(Швейцария-Россия), имеющая ряд преимуществ: компьютерную систему управления процессом, сокращенное время выхода на рабочий режим до 15-17 сек, наличие лифта для позиционирования лица пациента в окне крикапсулы, современную визуализацию мониторинга процедуры.

Таким образом, полученные результаты использования общей аэрокриотерапии по изученным материалам подтверждают высокую эффективность технологии, что позволяет рекомендовать метод к широкому использованию на поликлиническом, стационарном и санаторных этапах медицинской реабилитации.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕТЧИКОВ КОРАБЕЛЬНЫХ ВЕРТОЛЕТОВ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОГО ПЛАВАНИЯ В НИЗКИХ ШИРОТАХ

Шакула А.В.
ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва

Результаты динамического врачебного наблюдения и анкетного опроса 39 военных летчиков в возрасте от 25 до 35 лет свидетельствуют о наиболее существенных сдвигах в функциональном состоянии и работоспособности летного состава на 4-5 месяцах плавания, хотя нарушения сна отмечались у 11 % летчиков уже на первом месяце и у 34% - в конце плавания. Другие жалобы астенического характера (апатия, повышенная раздражительность, утомляемость, слабость) появлялись на третьем месяце и нарастали по мере увеличения длительности плавания. Кроме этого, начиная с четвертого месяца, у

некоторых летчиков отмечался тремор пальцев рук в позе Ромберга и явления психологической несовместимости.

Изучение антропометрических показателей показало, что тенденция к снижению массы тела нарастала по мере увеличения продолжительности плавания, а максимальное снижение массы тела по сравнению с допоходовыми величинами отмечалось на четвертом месяце: в среднем на 8,2 кг у летчиков, на 7,2 кг у штурманов и на 5,3 кг у инженеров и техников.

В длительном плавании выявлено достоверное снижение артериального давления уже на первом месяце плавания у всех категорий летного и инженерно-технического состава корабельной авиации. Однако наибольшее снижение систолического и диастолического артериального давления отмечено на третьем месяце похода. Динамика частоты сокращений, определяемых также на ежемесячных осмотрах, свидетельствуют о преобладании у летчиков и штурманов ваготонических реакций на 4-5 месяцах плавания.
На четвертом месяце похода отмечалось снижение количества эритроцитов и лейкоцитов, что указывает на снижение защитно-приспособительных реакций организма летчиков под влиянием факторов длительного плавания в низких широтах. В эти же сроки происходит нарушение водно-солевого баланса организма (в некоторых случаях в моче появились следы белка, соли кальция, оксалаты и свежие эритроциты, а реакция мочи стала щелочной).

Характер изменений функционального состояния организма согласуется с динамикой профессиональной работоспособности летного состава в длительном походе. Минимальное количество ошибочных действий отмечается на втором-третьем месяцах плавания в низких широтах. Начиная с четвертого месяца, имеет место явная тенденция к увеличению ошибочных действий, причем в 63% случаев они совершались при заходе на посадку и непосредственно в процессе посадки на палубу.

Полученные материалы о характере и выраженности функциональных нарушений свидетельствуют о развитии дезадаптации расстройств у летного и инженерно-технического состава корабельной авиации под воздействием комплекса неблагоприятных климато-географических факторов низких широт.

ПРИМЕНЕНИЕ В ДЛИТЕЛЬНЫХ ПОЛЕТАХ МЕТОДОВ ЭЛЕКТРОТРАНКВИЛИЗАЦИИ ЦНС И ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА

Шакула А.В., Гридин Л.А.
ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва

При осуществлении полетов длительностью 9-12 ч и более, насыщенных этапами напряженных действий, признаки утомления выявляются через 5-6 ч. [Рассветаев В.В. с соавт., 1977,1978]. В этих условиях не исключена возможность снижения работоспособности летчика, что может отрицательно влиять на эффективность

выполнения полетного задания и безопасность полетов. Поэтому становится очевидной необходимость разработки методов коррекции психофизиологического состояния летчика, пригодных для использования в длительном полете.

С целью изучения эффективности применения в длительных полетах применения методов электростимуляции нервно-мышечного аппарата и электротранквилизации ЦНС проведена серия летных экспериментов на самолетах дальней авиации.

Самостоятельное использование летным составом 30-минутного сеанса электротранквилизации на 6-8 часах полета, когда имели место признаки утомления, приводило к достоверному снижению на 30% индекса напряжения, увеличению на 15% пульсового давления и повышению на 30% самооценки функционального состояния организма. Сочетанное применение электротранквилизации и электростимуляции мышц (10-минутные сеансы через каждый час полета, начиная с 4-5 часа полета) способствовало поддержанию на более высоком уровне функционального состояния членов экипажа в течение всего 9-18-часового полета.

Таким образом, в процессе производства длительных полетов продолжительностью до 24 часов отмечаются существенные нарушения функционального характера, выраженность которых зависит от длительности полета и характера полетного задания. Продолжительность восстановительного периода прямо пропорциональна длительности полета. Длительность восстановления функционального организма летчика после 9-часовых полетов составляет 1,5-2 суток или в 2 раза меньше, чем при трансмеридианных перелетах такой же продолжительности. Применение летным составом электростимуляции мышц и электротранквилизации ЦНС в длительных полетах, а также сауны после полетов позволяет поддерживать высокую работоспособность в полете и ускорять восстановление функционального состояния в послеполетном периоде.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛЕТНОГО СОСТАВА: КОНЦЕПЦИЯ, ПРИНЦИПЫ, МЕТОДЫ

Шакула А.В., Гридин Л.А.
ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва

Анализ динамики функционального состояния, работоспособности и профессиональной надежности летного состава авиации ВС РФ в процессе летной деятельности и результатов комплексных клинико-физиологических обследованиий свидетельствуют о наличии отчетливой тенденции к ухудшению уровня профессионального здоровья летного состава, обусловленной комплексом психофизиологических, социальных, организационных, экологических, и демографических факторов.

Практика и научные исследования подтверждают необходимость использования в процессе профессиональной деятельности средств и методов коррекции функционального

состояния летчика, включающих различные приемы психологического, электрофизиологического, фармакологического и некоторых других видов воздействия.

Основные задачи применения средств коррекции функционального состояния летчика в периоды предварительной подготовки к полету или послеполетного восстановления 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 летного состава профессионально значимых психофизиологических качеств.

Столь значительное многообразие задач обуславливает необходимость разработки и использования для коррекции функционального состояния летчика целого комплекса средств и методов, воздействующих на различные функциональные системы организма. Конкретный выбор средств коррекции должен определяться адекватностью механизмов их действия этиопатогенетическому характеру функциональных сдвигов у летного состава с учетом структуры деятельности и индивидуальных особенностей летчика, имея конечной целью поддержание необходимого уровня работоспособности при сохранении защитных и компенсаторных способностей организма. Таким образом, коррекция функционального состояния летчика - это своего рода оперативная форма поддержания его профессионального здоровья.

На наш взгляд, в авиационной медицине проблему восстановления функционального состояния летчика целесообразно рассматривать в рамках концепции управления функциональным состоянием здорового человека в процессе его профессиональной деятельности. Суть данного понятия состоит в диагностике, контроле и оценке уровня психофизиологических резервов организма летчика, а также в целенаправленном использовании адекватных средств и методов воздействия на компенсаторно-приспособительные механизмы регуляции основных физиологических и психических функций в целях сохранения профессионального здоровья, обеспечения необходимого уровня работоспособности летчика, эффективности и надежности его деятельности.

Система восстановительной медицины направлена на обеспечение оптимального уровня профессионального здоровья здорового человека, который находится под влиянием комплекса эргономических, физиолого-гигиенических, профессиональных и социально-бытовых факторов. Поставленная цель реализуется путем диагностики психофизиологических резервов в процессе оперативного медицинского контроля и углубленных медицинских осмотров, а также использования комплекса методов

коррекции и восстановления функциональных нарушений на уровне строевой части, в условиях специального восстановительного центра, санатория и госпиталя.

Ведущими 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 летчика;
- комплексность влияния на личность летчика и основные психические и физиологические системы организма;
- этапность и преемственнсть восстановительных мероприятий: последовательное увеличение объёма и сложности воздействий, смена и дополнение методов, профилактический, корректирующий, и восстановительный периоды применения и др.

Основные средства и методы управления психофизиологическим состоянием летчика в процессе профессиональной деятельности представлены в таблице.

Практическая реализация основных положений концепции восстановительной медицины требует переноса центра тяжести исследований и диагностики в войсковое звено, чтобы непосредственно в процессе боевой подготовки оценивать функцональное 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.

Разработана и внедрена в практику медицинского обеспечения полетов комплексная система восстановления профессионального здоровья летного состава. Она включает в себя дифференцированное применение в условиях войскового звена, специального восстановительного центра и санатория адекватных и патогенетически направленных методов коррекции психофизиологического статуса, а также нормализацию регуляторных, энергопластических и резистентных функций организма.

Это обеспечивает повышение уровня профессиональной и физической работоспособности (на 20-30 %), профилактику атерогенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, снижение общей заболеваемости (в 1,5 – 1,7 раза) и трудопотерь (в 1,6 – 1,9 раза),что в целом приводит к повышению уровня функциональной надежности и профессионального здоровья летного состава.

Однако, несмотря на определенные положительные результаты, проблема восстановительной медицины в авиации еще далека от разрешения. Остаются открытыми еще многие теоретические, научно-практические и организационно-штатные вопросы. На наш взгляд, приоритетными аспектами дальнейшей разработки данной проблемы являются:

- углубление и расширение исследований по управлению психофизиологическим состоянием летчика в процессе профессиональной деятельности,
- изыскание экспресс-методов диагностики, оценки и коррекции психофизиологического состояния летчика и его работоспособности,

- разработка бортовой аппаратуры и программ для управления психофизиологическим состоянием летчика в полете,
- разработка автоматизированной экспертной системы донозологической диагностики и коррекции профессионального здоровья здорового человека,
- создание системы диагностических, оздоровительных и восстановительных мероприятий для инженерно-технического состава,
- подготовка учебно-методической литературы (программ, пособий, лекций), видеофильмов для подготовки и переподготовки авиационных врачей.

Безусловно, существуют и серьёзные проблемы по созданию материально-технической базы для реализации системы восстановительной медицины на уровнях строевых частей, специальных восстановительных центров. Однако происходящие в настоящее время организационные перемены в армии и авиации могут создать благоприятные предпосылки для успешного решения проблем восстановления профессионального здоровья летного состава.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ С ПОМОЩЬЮ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ЭКСПЕРТНО-КОНСУЛЬТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ «ЭФФЕКТ»

Шакула А.В.
ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва

В настоящее время известно несколько прототипов автоматизированных систем, которые успешно применяются для целей оценки функциональных состояний, оптимального управления лечебно-диагностическими процессами, решения задач медицинской диагностики с применением математических методов, автоматизированного обеспечения решений, управления реабилитацией больных (Гаркуша С.И., 1980, Гуревич В.Л.,1988).

Для практических приложений профилактической и восстановительной медицины в большей степени представляет интерес разработка методов количественного описания и оценки функционального состояния (ФС), которые могут быть положены в основу автоматизации диагностического процесса (Косачев В.Е., Усов В.М., Осипова Н.А.,1988). Эти системы разрабатывались как закрытые для модификации в части использованных критериев и экспертных предпочтений. Нами, совместно с В.М.Усовым и Ю.А.Кукушкиным, отработаны медико - технические требования к экспертно - диагностической системе (ЭКС). В число требований было включено требование открытости ЭКС для такой модификации. Это позволяет существенно расширить круг потенциальных пользователей за счет “настройки” ЭКС на конкретное медицинское учреждение и даже отдельного врача в соответствии с доступным ему арсеналом диагностических и восстановительных средств

Обязательным условием решения поставленной задачи является требование рационального медико-технического и организационно-методического обеспечения специалистов восстановительной медицины. Именно за счет такого обеспечения должна достигаться своевременность и адекватность применения разрабатываемых методов восстановительного характера, максимально возможный лечебно–восстановительный эффект при минимизации временных потерь и трудозатрат.

Высокое качество выполнения восстановительных мероприятий (ВМ) во многих случаях зависит от квалификации медицинского персонала, наличия у конкретного практикующего специалиста арсенала отработанных и хорошо зарекомендовавших себя методов диагностики и методов ВМ, тонкого учета индивидуальных показаний к их применению. При этом разнообразие подходов, методов и методик у разных специалистов столь велико, что возникают немалые трудности при выборе наиболее рациональной схемы внедрения ВМ в медицинских учреждениях и получении оценок их эффективности. Большие трудности связаны с “тиражированием” и донесением до практических врачей знаний высококвалифицированных врачей-экспертов и экспериментально установленных закономерностей на основе процедур структурирования и формализации. Особо следует подчеркнуть, что речь идет о разработке и применении средств автоматизации в области принятия решений врачом-специалистом, то есть в сфере высоко интеллектуального труда с трудно формализуемыми традиционными методами задачами. Постановка проблемы создания функционально завершенного комплекса методов и средств рационального выбора ВМ, как основной и приоритетной, является новой, хотя многие ранее разрабатываемые автоматизированные средства имеют в своем составе средства формирования заключений экспертной направленности.

Качество выполнения процедур инженерии знаний и доказательная сторона эффективности предлагаемых формализованных методов, ориентированных на экспертные знания, в значительной степени определяется подбором эмпирического материала и квалификацией экспертов, привлекаемых для интерпретации получаемых результатов. Для выполнения этапов структурирования и формализации знаний использован обширный архив фактографических данных; всего по различным методикам обследован 181 человек, проведено 1257 исследований в условиях различных учреждений лечебно - профилактического профиля.

Предлагаемый нами макет автоматизированной экспертно-консультативной системы включает в следующие функциональные подсистемы: обеспечения дружественного интерфейса пользователя; систему управления базой данных; экспертных оценок эффективности восстановительных мероприятий по основным группам заболеваний и для практически здоровых людей.

База знаний предлагаемой системы использует экспертный подход к оценке эффективности курортного лечения, который основан на объективной оценке динамики состояния пациента и выражается в баллах.

Для объективизации оценки итога эффективности лечения на курорте предлагается балльная система критериев эффективности курортного лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких (Бокша В.Г., Соколов С.В., Строганов С.В. и др. 1987). Система основана на объективной оценке динамики применения клинико-

инструментальных методов обследования. Изложенные принципы могут быть использованы для оценки эффективности курортнотерапии и при других заболеваниях.
Показатели, характеризующие норму, а также отсутствие патологических сдвигов оцениваются в 1 балл. Степень изменений, оцениваемая в 20 баллов, отмечается при состояниях, не показанных для лечения в санатории, но может иметь место при обострениях и интеркуррентных заболеваниях.

Следует иметь в виду, что по законам статистики размерность (абсолютная величина цифр) значения не имеет, а существенны лишь различия между градациями. Максимальное число баллов соответствует наибольшему изменению показателей, минимальное – наименьшему или отсутствию изменений. На каждого больного заполняется карта учета эффективности лечения, в которой отмечаются наличие (если имеются в виду клинические и рентгенологические данные) или величина (в отношении лабораторных и функциональных данных) показателей и учитывается их выраженность в баллах.

Подчитывается сумма баллов, при этом число учтенных показателей должно быть неизменным и заносится в специальные графы. То же самое производится после окончания лечения. Коэффициент эффективности определяется путем деления суммы баллов после лечения на сумму баллов до лечения. Эффективность лечения оценивается по величине коэффициента: 1,2 и более – улучшение, 1,0 – 1,19 баллов – без перемен, менее 1,0 – ухудшение.

Коэффициент эффективности определяется отношением полученных баллов до и после лечебно-восстановительного курса. Такой подход повышает объективность оценки результатов лечения и позволяет анализировать изменения различных групп показателей и влияние этих изменений на общий результат.

Существенный недостаток такого метода - сужение резерва улучшения для контингента больных с наиболее высоким и устойчиво компенсированным состоянием, когда в процессе лечения симптомы заболевания практически не изменяются, оставаясь на прежнем, близком к нормальному, уровне. В данном случае следует ориентироваться на показатели психологического статуса, вегетативной нервной системы, функционального состояния основных жизненных систем, прежде всего кардио - респираторной.

В реализованной методике работы специалиста с автоматизированной системой сбора и первичного анализа данных экспертом устанавливается перечень наиболее информативных признаков по каждой из нозологических форм (ИБС, ГБ, ревматизм, заболевания органов дыхания, ревматоидный артрит, остеоартроз, здоровые) с вариантами ответов по степени тяжести состояния пациента, а также перечень используемых в данном учреждении восстановительных мероприятий.

Предусмотрено использование ЭКС двумя основными категориями пользователей: экспертом и конечным пользователем врачом, для них разработаны различные фазы работы с системой. Как это следует из рис.2., эксперт формирует наиболее общие закономерности и связи в системе “нарушение ФС ВМ” формирует базу данных и базу знаний о предметной области, а практический врач строит предметные отношения в этой системе связей для конкретного пациента. При этом в сформированные экспертом заключения носят рекомендательный характер, и решающее слово остается за

авиационным врачом, который может использовать систему как электронную медицинскую книжку.

В реализованной методике работы с автоматизированной системой сбора и первичного анализа данных для каждого донозологического состояния экспертом устанавливаются связи с реально выявляемыми наиболее информативными признаками. Признаки формализованы для данного нарушения функционального состояния, и восстановительными мероприятиями, которые показаны пациенту и от применения которых ожидается наибольший восстановительный эффект.

В работе предложено использовать четыре критерия оценки восстановительного эффекта.

Первый критерий учитывает факт улучшения (ухудшения) состояния пациента по двум информационным срезам уровня профессионального здоровья (до и после проведения курса), что отвечает представлениям врача об общетерапевтическом эффекте применения конкретного набора профилактических мероприятий. Следуя данному критерию возможно проведение сравнительной эффективности разных комплексов восстановительного лечения для группы пациентов с одинаковым диагнозом либо нарушением функционального состояния, что позволит выбрать из них наиболее эффективный комплекс.

Второй критерий отражает изменения структурно-функциональных характеристик уровня профессионального здоровья через сводные показатели, описывающие отдельные его компоненты, что отвечает представлениям врача о “точке приложения” восстановительных мероприятий. Следуя этому критерию, возможно проведение сравнительной эффективности профилактических комплексов для отдельных компонентов профздоровья для группы летчиков с одинаковым диагнозом или нарушением функционального состояния, выяснить, какой диапазон изменения компонентов профздоровья наилучшим образом поддается коррекции данным комплексом восстановительных методов.

Третий критерий предназначается для дифференцирования комплексов восстановительных мероприятий по различным видам донозологических состояний, что отвечает представлениям врача о специфической направленности профилактических методов, имея в виду принцип симптоматического лечения.

Четвертый критерий отражает административно-организационный и экономический аспект проблемы через соотношение показателей “качество/стоимость” набора восстановительных мероприятий. Разработку обобщенных оценок и ранжирование по экономическому принципу имеющихся в наличии восстановительных методов необходимо проводить индивидуально для каждого конкретного лечебно профилактического учреждения.

Таким образом, различные восстановительные мероприятия ранжируются по эффективности. Врачу-пользователю предлагается комплекс, имеющий самый высокий рейтинг, однако, решение принимается врачом исходя из доступности и возможности проведения того или иного компонента набора в условиях реального лечебно - оздоровительного учреждения.

НОВЫЕ ТЕХОЛОГИИ В ОПТИМИЗАЦИИ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА ЧЕЛЮСТЕЙ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Шенгелия Е.В.[1], Иорданишвили А.К.[1], Балин Д.В.[1], Слугина А.Г.[2], Музыкин М.И.[2]
[1]ФГБУ «Национальный медико-хирургического Центр имени Н.И.Пирогова» Минздрава России, г.Москва
[2]Институт биорегуляции и геронтологии, г.Санкт-Петербург

Проблема регенерации костной ткани, разработка вопросов оптимизирующего воздействия на репаративный остеогенез - актуальная проблема современной медицины, стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (В.А.Козлов, 2006; А.К.Иорданишвили, 2007; М.М.Соловьев,2008; В.Н. Балин,2008; Д.В.Балин, 2012).

Цель настоящей работы состояла в экспериментальном изучении влияния на репаративный остеогенез современных оптимизаторов репаративного остеогенеза «Биоматрикс», «Остеоматрикс» и «Коллост».

Для реализации цели настоящей диссертационной выполнено эксперимeтальное исследование. На доклиническом этапе провели изучение влияние современных оптимизаторов репаративного остеогенеза («Биоматрикс», «Остеоматрикс» и «Коллост») на течение репаративной регенерации в посттравматическом дефекте костной ткани нижней челюсти собаки.

Проведенное морфометрическое исследование тканевого состава посттравматического регенерата в различные сроки эксперимента и статистический анализ полученного при морфометрии цифрового материала позволили сделать заключение об оптимизирующем влиянии на регенерацию костной ткани, а также выявить различия в тканевом составе регенерата при использовании для заполнения послеоперационной костной полости всех исследованных в эксперименте материалов» «Биоматрикс», «Остеоматрикс» и «Коллост».

На основании морфометрического исследования было установлено, после введение в послеоперационные костные полости современных оптимизаторов остеогенеза коллоста, остеоматрикса и биоматрикса, процесс регенерации костной ткани происходит при использовании любого из указанных материалов однотипно, но гетерохронно и с различной степенью его выраженности. Морфометрическое исследование позволило дополнить данные гистологического исследования и показать, что срок образования и удельный объем различных типов ткани в процессе репаративного остеогенеза различны. Так, при заполнении костного дефекта «Биоматриксом», на ранних этапах происходит наиболее быстрое образование ретикулофиброзной костной ткани, что делает оптимальным его применение, с учетом его высокой пластичности и не имунногености, для заполнения небольших глубоких костных дефектов, а также при дентальной имплантации. Достаточная пластичность и удобная форма выпуска «Остеоматрикса», его остеокондуктивные и остеоиндуктивные свойства, достаточно длительный срок резорбции делает рациональным выбор этого материала для применения при заполнении патологических костных карманов при хирургическом лечении пародонтитов и при заполнении послеоперационных костных дефектов челюстей, когда требуется

поддержания их объема. Биоинертность, возможность инраоперационного выбора структуры препарата «Коллост» под размеры костного дефекта с одной стороны, а также его высокие остеокондуктивные свойства и хорошая совместимость с окружающими тканями с другой, делают оптимальным выбор этого препарата для использования его для более крупных послеоперационных дефектов на челюстях, где не планируется дентальная имплантация. Экспериментальное исследование показало, что все исследованные препараты с учетом показаний к их применению являются хорошим пластическим материалом для заполнения костных полостей, возникающих в челюстях после оперативного удаления хронических очагов инфекции в пародонте и доброкачественных новообразований челюстей.

УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Щегольков А.М.[1], Юдин В.Е.[2], Будко А.А.[2], Сычёв В.В.[2], Пушкарёв Е.П.[2], Коршикова Н.В.[2], Александрова А.Ю.[1]

[1]*Институт усовершенствования врачей ФКУ «МУНКЦ им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, г. Москва*

[2]*Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в настоящее время является ведущей причиной заболеваемости и смертности во всем мире, её уровень постоянно растёт и в настоящее время достиг размеров пандемии, не знающей границ.

Несмотря на применение современных методов медикаментозного и хирургического лечения, у части больных не удаётся добиться стойкого положительного клинического эффекта. В последние годы увеличивается количество больных ИБС, с рецидивами приступов стенокардии, которым уже проводились операции реваскуляризации миокарда. У некоторых из этих больных ИБС проявляется в виде рефрактерной стенокардии, стойкой к проводимому медикаментозному лечению. Сложившееся положение требует новых подходов в лечении больных ИБС, которым не может быть выполнена операция реваскуляризации миокарда по разным причинам. Одним из новых методов лечения рефрактерной стенокардии является метод ударно-волновой терапии (УВТ), который основан на использовании внешнего источника акустической ударной волны, оказывающей дистанционное воздействие на миокард, что стимулирует неоангиогенез.

В исследовании оценена эффективность применения УВТ сердца в комплексном лечении больных ИБС с рефрактерной стенокардией. Проанализированы результаты лечения 46 больных ИБС с рефрактерной стенокардией III-IV функционального класса (ФК). Возраст больных от 59 до 71 года, средний возраст 65,8 $\pm$ 1,4 года. Больные были разделены на 2 группы по 23 человека, основную – (ОГ) и контрольную группу–(КГ). Группы больных были сопоставимы по возрасту, клиническому состоянию, сопутствующей патологии и лекарственной терапии. Критериями включения больных в исследование были тяжелые проявления ИБС в виде рефрактерной стенокардии III–IV ФК. ОГ включала 15 больных со стенокардией напряжения III ФК и 8 больных IV ФК, в

КГ таких больных было 16 и 7 соответственно. Инфаркт миокарда в ОГ переносили 21 больной, в КГ 19 больных. Чрескожные коронарные вмешательства в анамнезе были у 20 больных ОГ и 21 больных КГ. Операции КШ выполнялись 20 больным ОГ и 19 больным КГ. Всем пациентам ОГ и КГ ранее выполнялась коронарография, при этом у всех больных выявлялся стенозирующий атеросклероз и многососудистое поражение коронарных артерий. Программа обследования больных включала: общеклинические, лабораторные, функциональные и психологические методы исследования. Всем больным назначались режим, диета, лечебная физкультура, базисная медикаментозная терапия. Кроме того, 23 больным ОГ дополнительно назначали курс ударно-волновой терапии (УВТ) сердца, которая проводилась при помощи системы «Cardiospec» производства компании Medispec (Израиль). Пациентам до УВТ выполнялась стресс-эхокардиография с физической нагрузкой по общепринятой методике, определялись зоны гипокинезии. На границе выявленных зон гипокинезии и нормокинезии с высокой долей вероятности находятся зоны гибернирующего, жизнеспособного миокарда. Акустическая волна наводилась на эту целевую область с помощью ультразвукового сканера и синхронизировалась с R-зубцом ЭКГ пациента. Лечение начинали с минимальных уровней энергии с постепенным повышением до рекомендованных 0,09 мДж/мм2 (или с 0,8 до 4,0 уровня). Нанесение ударного воздействия осуществлялось в фазу ранней диастолы под контролем ЭКГ. Каждый сеанс включал ударное воздействие по 100 импульсов на каждую из трех зон (всего 2700 импульсов за курс). Курс состоял из 9 процедур: по 3 сеанса терапии в неделю с однодневными перерывами между сеансами и трехнедельными перерывами между неделями лечения. До лечения, через каждые 3 процедуры и в конце лечения оценивались клиническое состояние, показатели ЧСС, АД, ЭКГ в 12 стандартных отведенияхе, данные ЭхоКГ. Программа обследования и лечения больных контрольной группы (КГ) была аналогичной за исключением ударно-волновой терапии сердца.

По окончании курса УВТ сердца у 19 больных ОГ (82,6%) отмечалось уменьшение приступов стенокардии, в КГ уменьшение приступов стенокардии у 12 больных (52%). Количество приступов стенокардии, требующих дополнительного приёма нитропрепаратов короткого действия, уменьшилось у пациентов ОГ группы с 18,2±1,9 до 3,2±0,9 в неделю, у больных КГ группы с 15,9±2,1 до 8,3±1,2. До начала лечения пациенты как ОГ так и КГ принимали в среднем по 80 мг в сутки пролонгированных нитратов. После завершения курса УВТ сердца доза принимаемых нитропрепаратов у 17 (73,9%) больных ОГ сократилась до 40 мг/сут., в КГ у 6 (21,7%) и у 18 больных КГ за время наблюдения суточная доза принимаемых нитратов осталась прежней - 80 мг/сут. Повторное контрольное обследование пациентов ОГ и КГ было проведено через 6 месяцев после завершения курса УВТ сердца. Эффект проведённого лечения оценивался на основе анализа клинических проявлений, толерантности к физической нагрузке (ТФН), сократительной способности миокарда, показателей центральной гемодинамики. Количество приступов стенокардии, требующих дополнительного приёма нитропрепаратов короткого действия, уменьшилось у пациентов ОГ группы с 18,2±1,9 до 2,2±0,6 в неделю, у больных КГ группы с 15,9±2,1 до 10,3±1,5. Кроме того у 11 больных КГ, которым сразу после окончания УВТ сердца была уменьшена доза пролонгированных нитратов до 40мг/сут, в последующем (к 5-6 месяцу наблюдения) удалось отказаться от

приёма пролонгированных нитропрепаратов. В КГ группе таких больных было 2. У больных ОГ- достоверно повысилась толерантность к физической нагрузке (ТФН с 49,5±4,7Вт до 76,3±5,1Вт (p<0,01), (на 21,8 или 30,5%), у больных КГ с 50,4±4,3Вт до 52,2±4,8Вт, (на 1,8 или 3,4%). Показатель двойного произведения (ДП) возрос в ОГ с 143,9±4,2 до 184,3±5,2 (p<0,01), в КГ с 142,6±4,5 до 146,5±4,9. Установлена также положительная динамика сократительной способности миокарда, при этом фракция выброса (ФВ) возросла в ОГ с 44,2±2,1% до 49,8±2,4%(p<0,05), в КГ с 45,1±2,5% до 45,9±2,2% (на 0,8%). Отмеченное улучшение сократительной способности миокарда сопровождалось положительной динамикой размеров левого желудочка сердца. Так, конечный систолический объем (КСО) уменьшился в ОГ с 79,6±6,5 мл до 62,3±7,2 мл (на 17,3 мл или 21,7%), в то же время этот показатель в КГ остался практически прежним с 77,9±6,6 до 76,7±6,1 (на 1,2 мл или 1,5%). Динамика КДО в сторону уменьшения в ОГ составила с 176,8±5,6 мл до 140,4±6,4 мл (на 36,4 мл или 20,5%); в КГ с 175,6±5,8 мл до 172,8±6,9 (на 2,8 мл или 1,6%). Следует отметить, что через 6 месяцев после окончания курса комплексной терапии в КГ, где в комплексном лечении применялась УВТ сердца большая часть больных (56,5%) перешла в более лёгкие ФК II и III. В тоже время в КГ перешли в более лёгкие ФК II и ФК III только 13% больных.

Таким образом, комплексное лечение больных ИБС с рефрактерной стенокардией с применением УВТ сердца привело к достоверному уменьшению приступов стенокардии, требующих дополнительного приёма нитропрепаратов короткого действия, уменьшению дозы и/или отказу от нитропрепаратов пролонгированного действия, увеличению сократительной функции левого желудочка, повышению толерантности к физической нагрузке, снижению ФК стенокардии, улучшению качества жизни пациентов.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Щегольков А.М.[1], Ярошенко В.П.[2], Данилов Ю.А.[1], Ионичевская И.И.[2], Косухин Е.С.[2]
[1]Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ, г. Москва
[2]Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Проблема хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и ишемической болезни сердца (ИБС) до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных как для медицины, так и для общества в целом. Широкая распространенность этих заболеваний обусловливает высокую вероятность их сочетания у одних и тех же больных. Клиническая картина такого сочетания характеризуется развитием у больных "синдрома взаимного отягощения", проявляющегося выраженными нарушениями функции внешнего дыхания, центральной и периферической гемодинамики, микроциркуляции, снижением толерантности к физической нагрузке (ТФН). В настоящее время является актуальным разработка реабилитационных программ для этой категории больных, в том числе с

применением современных технологий, основанных на применении электромагнитного излучения нетепловой интенсивности и аппаратов по очищению и увлажнению воздуха.

Обследовано 52 мужчины в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст 55,3 ± 2,1 лет), поступивших в реабилитационный центр на 12 – 15 сутки (в среднем на 13,6 ± 1,2 сут) после перенесенного обострения ХОБЛ.

Медицинская реабилитация 25 больных контрольной группы (КГ) проводилось по программе, включавшей: режим (щадящее-тренирующий или тренирующий взависимости от состояния больного), гиполипидемическую диету, лечебную физкультуру (лечебную гимнастику, дозированную ходьбу), физиотерапию (магнито-лазерную терапию), медикаментозное лечение (бронходилататоры, муколитики, противовоспалительные препараты, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция), психотерапию. Комплексная реабилитация 27 больных основной группы (ОГ) была дополнена тем, что палата для них была оснащена бактерицидным ультразвуковым увлажнителем воздуха «Акваком» (Россия) и они получали воздействие электромагнитного излучения сантиметрового диапазона (λ ~7 см) нетепловой интенсивности с помощью аппарата «Астер» (Россия). Сеансы микроволнового воздействия длительностью по 10 минутпроводились на область грудины 2 раза в день (утро, вечер) в течение 10 дней.

В результате комплексной реабилитации больные ОГ отмечали чувство бодрости, облегчение дыхания, уменьшение кашля и улучшение отхождения мокроты, улучшение настроения, более продолжительный и глубокий сон, уменьшение дискомфорта в прекардиальной области, одышки и повышение толерантности к привычным нагрузкам.

Улучшение их клинического состояния сопровождалось статистически достоверной положительной динамикой показателей функции внешнего дыхания. Улучшение вентиляционной функции легких и насыщения крови кислородом способствовали снижения у больных ОГ систолического давления в легочной артерии (СрДЛА снизилось с 21,3 ± 1,1 до 18,4 ± 0,9 мм рт. ст. ($p<0,05$)) и повышению сократительной способности миокарда (увеличение фракции выброса с 51,9 ± 1,4 до 55,4 ± 1,2 % ($p<0,05$)), повышению толерантности к физической нагрузке с 76,8 ± 3,6 до 95,2 ± 3,5 Вт ($p<0,05$). Медицинская реабилитация больных КГ оказала в целом положительное влияние на пациентов, однако динамика большинства показателей кардиореспираторной системы была несущественной.

Таким образом, сочетанное применение бактерицидного ультразвукового увлажнителя воздуха «Акваком» и микроволнового аппарата «Астер» в реабилитации больных ХОБЛ с ИБС приводит к улучшению функционального состояния кардиореспираторной системы и психологического состояния пациентов,что обеспечивает прирост реабилитационного эффекта.

КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Щегольков А.М.[1], Дыбов М.Д.[2], Пушкарев Е.П.[2], Косухин Е.С.[2]

[1]Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ, г. Москва
[2]Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Значительное место в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе гипертонической болезни (ГБ), ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), бронхиальной астмы (БА) отводится психосоциальному фактору. Эмоциональный стресс, психическая травматизация предъявляют высокие требования, как к функциональному состоянию центральной нервной системы (ЦНС), так и к системам кровообращения и дыхания. При ГБ, ИМ и БА происходит нарушение функции высших корковых и гипоталамических центров и перенапряжение сферы высшей нервной деятельности.

Коррекция нарушений функционирования ЦНС у этих категорий больных представляет определенные сложности. Прием психотропных препаратов, зачастую бывает ограниченным из-за «перегруженности» больного различными лекарственными средствами. Психотерапевтические методики, в своем большинстве, предполагают значительную активность со стороны больного, но в силу астенизации пациентов не всегда могут быть применены.

Среди направлений современной медицинской реабилитации важным является разработка технологий восстановления функциональных резервов организма, ослабленных как в результате воздействия факторов среды и деятельности, так и в результате болезни.

Одной из новейших технологий является биоакустическая психокоррекция (БПК) в которой применен новый подход в использовании ЭЭГ-зависимой БОС. Ключевым моментом, обеспечивающим эффективность такой процедуры, является личная психоэмоциональная оценка больным звукового образа собственной, текущей, биоэлектрической активности головного мозга. Коррекция функционального состояния ЦНС заключается в устранении разницы между текущим и опорным значениями параметров электрической активности, и она возможна, если есть информация о текущем состоянии организма и о том состоянии, которое можно назвать опорным, эталонным.

Для решения поставленных задач было обследовано 90 больных с установленным диагнозом гипертонической болезни 2 стадии, артериальной гипертензией 1-2 степени, среднего и высокого риска, без ассоциированной патологии.

Возраст больных - от 30 от до 64 лет (средний возраст 45,4±3,2 года).

С целью оценки эффективности комплексных реабилитационных программ больные ГБ были разделены на две группы основная (ОГ) и контрольная группа (КГ**)** по 45 человек в каждой. По возрасту, полу, стадии заболевания, сопутствующей патологии и этиологическим факторам больные ОГ и КГ существенных различий не имели. Больные КГ выполняли обычную реабилитационную программу. Для оптимизации медицинской реабилитации пациентам ОГ обычная реабилитационная программа, была дополнена сеансами биоакустической психокоррекции (БПК). Применение биоакустической психокоррекции в комплексной медицинской реабилитации больных ГБ привело к оптимизации функционального состояния ЦНС, которая выражается в уменьшении уровня межполушарной асимметрии, увеличении доли периодов колебаний альфа-диапазона и уменьшении доли периодов колебаний бета-диапазона, снижении реактивной

и личностной тревожности, улучшении самочувствия, настроения и увеличении активности.

Обе программы медицинской реабилитации оказали положительное воздействие на основные клинико-функциональные и психофизиологические показатели больных ГБ. Однако анализ эффективности медицинской реабилитации свидетельствует о более выраженной положительной динамике основных показателей у больных ОГ, преимущественно у больных с доминирующим альфа-ритмом. Следовательно, включение БПК в комплексную реабилитационную программу больных ГБ обеспечило большую эффективность реабилитации в восстановлении функционального состояния ЦНС, гемодинамических, структурно-функциональных показателей сердечно-сосудистой системы, адаптационных резервов организма у больных ГБ.

Для изучения результатов реабилитации больных ИМ обследовано 156 больных мужчин, из них 126 с ИМ и 30 с ИБС в возрасте от 40 до 69 лет (средний возраст 55,9+5,8 года). Среди обследованных больных ИМ 74 (58,7%) перенесли ИМ с зубцом Q, 52 (41,3%) – без зубца Q. К IФК было отнесено 21 (16,6%) больных ИМ, ко IIФК – 69 (54,7%) и к IIIФК было отнесено 36 (28,7%). В целях оценки эффективности комплексных реабилитационных программ больные ИМ методом простой рандомизации были разделены на две группы: основную (ОГ), состоящую из 82 больных ИМ, и контрольную (КГ), состоящую из 44 больных ИМ.

Программа реабилитации больных ОГ включала: климатодвигательный режим в зависимости от состояния больного (щадящий, щадяще-тренирующий и тренирующий); диету № 10 по Певзнеру, лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, физиотерапию (низкочастотная магнитотерапия области сердца), медикаментозную терапию (дезагреганты, бета-блокаторы, статины, по показаниям ингибиторы АПФ, нитраты), рациональную психотерапию; биоакустическую психокоррекцию с помощью аппарата «Синхро-С», длительностью процедуры 30 мин, ежедневно, курс лечения 5-7 процедур. Медицинская реабилитация больных КГ проводилась по той же программе без применения сеансов БПК.

Обычно применяемая программа реабилитации больных ИМ, в целом, оказала положительное воздействие на основные показатели гемодинамики, вегетативное регулирование кардиореспираторной системы. Вместе с тем проведенное реабилитационное лечение в недостаточной степени улучшило психофизиологические и психологические показатели наблюдаемых больных.

В результате проведенного лечения количество больных, предъявляющих жалобы на боли ангинозного характера, снизилось в ОГ с доминирующим альфа-ритмом на 60,7% , в ОГ с полиритмичной ЭЭГ - на 53,8%, в КГ - на 52,3%. Количество больных, предъявляющих жалобы на периодически возникающую общую слабость, быструю утомляемость, снизилось в ОГ с доминирующим альфа-ритмом на 53,5%, в ОГ с полиритмичной ЭЭГ - на 61,5%, в КГ - на 54,6%. Одышка при обычной физической нагрузке перестала беспокоить 65,9% больных КГ, 64,2% больных ОГ доминирующим альфа-ритмом ЭЭГ и 65,4% больных ИМ с полиритмичной организацией ЭЭГ. Сон нормализовался у 20,4% больных ИМ КГ, у 37,4% больных ИМ ОГ с доминирующим альфа-ритмом ЭЭГ и у 34,5% больных ИМ ОГ с полиритмичной ЭЭГ. Раздражительность

уменьшилась у 40,9% больных КГ, у 51,8% больных ОГ с доминирующим альфа-ритмом и у 50% больных ОГ с полиритмичной ЭЭГ.

По окончании медицинской реабилитации отмечено улучшение показателей ФВД во всех группах, однако более выраженная динамика наблюдалась в ОГ с доминирующим альфа-ритмом ЭЭГ.

Под наблюдением находились 123 больных БА в фазе ремиссии. Больные КГ проходили реабилитацию по общепринятой программе. Оценка психоэмоционального статуса проводилась с помощью дифференцированной самооценки состояния по шкале САН. До лечения уровень показателей в баллах составлял: С – 4,19±0,24; А – 4,06±0,21; Н – 4,10±0,22. Исходное снижение количественных характеристик явилось следствием нарушения клинико-физиологического состояния организма, энергетического потенциала и эмоционального уровня жизнедеятельности пациентов. Подтверждением служили жалобы больных на раздражительность, повышенную возбудимость, плаксивость, подавленное настроение, слабость, утомляемость, нарушение сна.

Программа реабилитации 18 больных ОГ проводилась с применением 7 процедур БПК.

Выполнение общепринятой программы реабилитации вело к улучшению вентиляционной функции легких, уменьшению альвеолярной гипоксии и гипоксемии. Улучшение доставки кислорода к работающим мышцам, уменьшение работы дыхания способствуют уменьшению одышки, вызывающей снижение физической активности больных. Значительную роль в повышении уровня повседневных нагрузок и функциональной активности скелетных мышц играет регресс аллергического воспаления, сопровождающийся уменьшением продукции катаболических цитокинов, а также улучшение легочной кардиогемодинамики.

Уменьшение дыхательного дискомфорта, повышение физической работоспособности, улучшение психологической адаптации обеспечивало повышение качества жизни больных БА.

Проведение комплексной медицинской реабилитации 18 больных БА с включением сеансов БПК привело к улучшению у них функционального состояния ЦНС, проявляясь уменьшением уровня межполушарной асимметрии распределения периодов колебаний ЭЭГ, увеличением доли периодов колебаний альфа-диапазона и уменьшением доли периодов колебаний бета-диапазона. Указанные изменения сопровождались положительной динамикой показателей кардио-респираторной системы больных снижением у них реактивной тревожности, улучшением самочувствия, настроения и увеличением активности вследствие оптимизации пространственной ориентации биологической активности головного мозга.

Таким образом, применение биоакустической психокоррекции в комплексной медицинской реабилитации больных ГБ, ИМ и БА приводит к нормализации функционального состояния ЦНС и способствует улучшению вегетативной регуляции сердечно-сосудистой деятельности и дыхательной системы больных. Реализация комплексной программы реабилитации обеспечивает улучшение гемодинамических показателей, ФВД, увеличение ТФН и улучшение психофизиологического состояния больных в ФВП, что повышает эффективность их реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СПЕЦКОНТИНГЕНТОВ

Юдин В.Е., Лямин М.В., Симбердеев Р.Ш., Ярошенко В.П., Аннушкин А.Д., Полякова С.В.

Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Под медицинской и психофизиологической реабилитацией понимается система организационных и медико-психологических мероприятий военнослужащим спецконтингентов после ранений, травм и заболеваний, а также участия их в спецоперациях, направленная восстановление профессионального здоровья, нарушенных (утраченных) психических функций и коррекцию социального статуса военнослужащих.

Комплекс мероприятий медицинской и психофизиологической реабилитации спецконтингентов включает:

- психофизиологическое обследование личного состава спецконтингентов с целью выявления лиц с признаками дезадаптационных расстройств;
- углубленное медико-психологическое обследование военнослужащих спецконтингентов с признаками дезадаптивных расстройств и обоснование мероприятий реабилитации;
- мероприятия медицинской и психофизиологической реабилитации военнослужащих с целью оптимизации их функционального состояния в процессе боевой подготовки, а также в экстремальных и боевых условиях деятельности;
- психофизиологическую реабилитацию военнослужащих после травм, заболеваний и ранений в условиях лечебного учреждения, индивидуальное консультирование и выдача рекомендаций по оптимизации образа жизни и профессиональной деятельности.

Комплексное использование методов и способов медицинской психофизиологической реабилитации позволяет в 90-95% случаев нормализовать функциональное состояние организма и восстановить уровень профессиональной работоспособности военных специалистов, особенно операторов сложных динамических объектов (летчиков, корабельных специалистов, операторов ракетных комплексов и др.), а также личного состава спецконтингентов, что обеспечивает в течение длительного времени успешную профессиональную деятельность.

В условиях решения спецконтингентами стоящих перед ними задач целесообразно выделять три группы военнослужащих, подлежащих реабилитации:

1. Весь личный состав подразделений, принимавший участие в решении специальных задач. У большинства военнослужащих будут наблюдаться реакции боевого стресса (РБС).

2. Военнослужащие, получившие в ходе выполнения задания боевую травму (огнестрельные ранения, ожоги, отравления и др.). Подобные ранения всегда сопровождаются теми или иными нервно-психическими расстройствами.

3. Военнослужащие с отдельными проявлениями посттравматических стрессовых расстройств, связанных с выполнением профессиональных обязанностей в условиях

реальной витальной угрозы (участие в боевых действиях, ликвидация последствий экологических и технологических аварий, катастроф и др.).

Выделение приведенных групп военнослужащих спецконтингентов позволяет проводить предварительное планирование сил, средств и методов реабилитационных мероприятий, необходимых в отношении личного состава спецконтингента.

Основные принципы организации реабилитационных мероприятий раненым и пораженным с признаками нервно-психической травмы: 1) максимальная приближенность психиатрической помощи к месту проведения специальных операций (в пределах расположения частей); 2) стратегия безотлагательности (насколько возможно, в ранней стадии возникновения нарушений) и простоты лечебных мероприятий; 3) прогностический оптимизм (внушение пострадавшему надежды на выздоровление).

Таким образом, коррекция функционального состояния военнослужащих спецконтингентов направлена на формирование оптимальной психологической реакции на боевой стресс, последствия ранения или заболевания. Проведение реабилитационных мероприятий осуществляется методами физических, психотерапевтических и психофармакологических воздействий.

ПРИМЕНЕНИЕ ВОЗДУШНО-ОЗОНОВЫХ ВАНН В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Юдин В.Е.[1], Будко А.А.[1], Щегольков А.М.[2], Сычев В.В.[2], Гузенко И.Е.[1], Невзорова С.Ю.[1]
[1]Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ, г. Москва
[2]Институт усовершенствования врачей ФКУ «МУНКЦ им. П.В.Мандрыка» Минобороны России, г. Москва

Клапанные пороки сердца имеют значительное распространение и во всех случаях сопровождаются развитием хронической сердечной недостаточности (ХСН). Социальная значимость этого заболевания обусловлена развитием инвалидности и ранней смертности у лиц трудоспособного возраста при неэффективном лечении. В мире ежегодно имплантируется от 250 до 280 тыс. протезов клапанов сердца. В России потребность в протезировании клапанов сердца составляет около 120 на 1 млн. жителей, а оперативное лечение получают лишь 14-25%. Оперативное вмешательство на открытом сердце с применением аппарата искусственного кровообращения - это тяжелая хирургическая травма, сопровождающаяся системными реакциями организма, объединенными выраженным воспалением. Рост оперативной активности «хирургии пороков сердца» требует применение новых методов восстановительного лечения этой категории пациентов. Одним из новых немедикаментозных методов лечения является озонотерапия, обладающая широким спектром воздействия на различные стороны патогенеза общего воспаления. Результаты экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют, что в основе положительного влияния озонотерапии лежат несколько

механизмов: восстановление кислородтранспортной функции крови, нормализация реологических свойств крови, процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), активация фермента NO-синтетазы с образованием окиси азота. Применение озона способствует улучшению микроциркуляции за счет нормализации реологических свойств крови, возрастанию фибринолитической активности, уменьшению уровня фибриногена и агрегации тромбоцитов. Цель исследования – изучить эффективность комплексной медицинской реабилитации больных, перенесших операцию коррекции клапанных пороков сердца, с применением воздушно-озоновых ванн (ВОВ). Проведён анализ результатов медицинской реабилитации после операций хирургической коррекции пороков сердца 68 больных (61 мужчина и 7 женщин) в возрасте 18-75 лет (средний возраст 50,6±15,8 лет), поступивших на лечение в реабилитационный центр на 6-30 сутки после оперативного вмешательства (в среднем на 20,3±2,3 сутки). Методом простой рандомизации всех пациентов распределили на 2 группы: основную (ОГ)- 34 человек и контрольную (КГ) - 34 человек, каждую из которых в свою очередь разделили на две подгруппы в соответствии с функциональным классом (ФК) при поступлении: ОГ1- 26 пациентов IIIФК; КГ1- 27 пациентов IIIФК; ОГ2 8 пациентов IIФК и КГ2 7 пациентов IIФК. Группы были сопоставимы по возрасту, полу; сроку давности заболевания, клиническому состоянию, сопутствующей патологии.

Программа обследования больных включала лабораторные, функциональные и психологические методы исследования, общеклинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови. В программу реабилитации больных ОГ1 и ОГ2 входили: климатодвигательный режим щадящий, щадяще-тренирующий, диета, лечебная гимнастика, дозированная ходьба, аппаратная физиотерапия, медикаментозное лечение (антикоагулянтная терапия варфарином с целевым уровнем международного нормализованного отношения в пределах 2,0 – 3,5 ед), бета-блокаторы, по показаниям ингибиторы АПФ, антибиотики, диуретики, сердечные гликозиды, антиаритмические препараты, нестероидные противовоспалительные препараты, рациональная психотерапия, занятия в «Школе кардиологических больных», ВОВ. Методика проведения ВОВ: длительность процедуры 20 мин, концентрация озона в озонированной воде - 8-10 мг/л, температура воздушно-озоновой смеси – 36^0С. Курс лечения включал 10 процедур, которые проводились ежедневно. Программа реабилитации больных КГ1, КГ2 была идентичной, за исключением применения ВОВ.

В результате медицинской реабилитации отмечена положительная динамика как в ОГ1, так и в КГ1. При этом наиболее выраженная положительная динамика отмечалась у больных ОГ1. Жалобы на общую слабость, утомляемость при поступлении предъявляли 78,4% больных, после проведенного лечения в ОГ1 сохранение жалоб отмечалось у 18,5%, а в КГ1 – у 29,6%; среди пациентов ОГ2 и КГ2 после лечения жалоб на слабость не было. На боли в области послеоперационного рубца, при поступлении, жаловались 82,4% больных, после проведенного лечения отмечали сохранение жалоб: в ОГ1 18,5%, в КГ1 33,3%, в ОГ2 12,5% и в КГ2 14,2%. Одышка при обычных физических нагрузках беспокоила 72,2% больных IIIФК. После курса лечения в ОГ1 жалобы на одышку сохранялись у 11% больных, а в КГ1 у 22,2%. Повышение фибриногена отмечалось у 94,7% больных IIIФК при поступлении, после проведенного лечения снижение фибриногена регистрировалось во всех группах: в ОГ1 с 6,65±0,3 до 4,41±0,25 г/л

(p<0.01), в КГ1 с 5,09±0,45 до 4,64±0,42г/л. Было выявлено увеличение уровня гемоглобина в ОГ1 с 106,6±5,2 г/л до 120,6±3,2 г/л p≤0,05; в КГ2 с 113,7 ± 4,4 г/л до 121,9 ± 4,9 г/л; в ОГ1 снижение СОЭ с 37,6±3,64 мм/ч до 23,6±2,8 мм/ч, (P<0,01), в КГ1 снижение СОЭ с 36,1±3,3 мм/ч до 26,7±3,31 мм/ч, (P<0,05). У 72,5% больных после операции коррекции приобретенного порока сердца при поступлении в реабилитационный центр отмечалось снижение насыщения капиллярной крови кислородом. После проведенного лечения увеличение парциального давления кислорода наблюдалось во всех группах: в ОГ1 с 68,5±1,4 до 77,2±1,35 мм рт.ст. (p<0,01), в КГ1 с 68,0±2,1 до 72,8±1,4 мм рт.ст. (p>0,01). У пациентов ОГ1 улучшились также показатели центральной гемодинамики: повысилась фракция изгнания (ФИ) левого желудочка с 53,4± 0,94% до 56,6± 0,97% (p<0.05); уменьшился размер правого желудочка (ПЖ) с 28,5±0,8 мм до 26,2±0,7 мм (P<0,05); уменьшились явления легочной гипертензии : АДср. в легочной артерии с 29,88±2,1 мм рт.ст. снизилось до 24,4±1,7 мм рт.ст. (P≤0,05). Отмечено улучшение и у пациентов КГ1: повысилась ФИ левого желудочка с 54,9± 1,21% до 55,4± 1,59% (p>0.05); изменился размер ПЖ с 26,9±0,61 мм до 25,8±0,63 мм (P>0,05); также отмечено снижение АДср. в легочной артерии с 33,33±2,4 мм рт.ст. до 26,46±2,97 мм рт.ст. (P>0,05). Выше указанные изменения сопровождались повышением толерантности к физической нагрузке (ТФН) в обеих группах, но более выражено в ОГ1 с 53,4±0,94Вт до 79,7±3,7Вт (P<0.01), ростом двойного произведения (ДП): с 143,9±6,0 до 170,3±7,1 (P<0.01), продолжительности выполнения работы в секундах: с 427,8±28,7 до 530,7±24,2 (P<0.01); в КГ1: ТФН изменилась с 54,9±1,21Вт до 80,77±3,65Вт (P<0.05), повысилось ДП: с 124,0±6,4 до 136,6±5,5 (P<0.05), увеличилась продолжительности выполнения работы в секундах: с 424,9±36,8 до 540,8±28,6 (P<0.05). После проведённого лечения большинство пациентов ОГ1 перешло в более легкий ФК. При поступлении в ОГ1 было 26 пациентов. В результате реабилитации в этой подгруппе во 2 ФК перешли 18 больных (69,3%), в 1ФК 1 пациент (3,8%), в 3 ФК осталось 7 пациентов (26,9%). При поступлении в КГ1 было 27 больных, после курса медицинской реабилитации они распределились по функциональным классам следующим образом: 2 ФК 15 (55,5%), 3 ФК 12 (44,5%). Необходимо подчеркнуть, что в ОГ1, где в программе реабилитации применялись ВОВ, перешло в 1 ФК 3,8% и во 2 ФК 69,3% больных, а в КГ1 в более легкий 2 ФК перешло только 55,5% больных. При поступлении в ОГ2 было 8 пациентов, после программы реабилитации в 1ФК перешло 3 больных – 37,5%, а в КГ2 при поступлении было 7 пациентов, в 1 ФК перешел 1 больной - 14,3%.

Следовательно, включение ВОВ в медицинскую реабилитацию больных после хирургической коррекции клапанного порока сердца повышает эффективность проводимых мероприятий за счет положительного комплексного воздействия озонотерапии на основные звенья патогенеза заболевания.

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У СПЕЦКОНТИНГЕНТА

Юдин В.Е., Лямин М.В., Симбердеев Р.Ш., Ярошенко В.П., Аннушкин А.Д.,

Карахалина А.Б.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Изучение профессиограмм у спецконтингента позволило сформулировать некоторые психофизиологические особенности их деятельности и выявить факторы влияющие на формирование дезадаптационных расстройств. К таким факторам особых условий службы спецконтингентов относятся:

1. Постоянная реальная угроза жизни и здоровью военнослужащих, характерная даже для условий учебной деятельности. Десантирование, боевые единоборства, погружения на значительную глубину, выполнение задач в значительной удаленности от населенных пунктов, саперная подготовка - эти факторы, с которыми военнослужащие сталкиваются в процессе повседневной учебы, несут в себе потенциальную угрозу жизни и здоровью, что формирует состояние высокой психо-эмоциональной напряженности в ходе всего учебного цикла.

2. Фактор одиночества и отсутствия социальной поддержки окружающих в ходе учебно-боевой работы и даже во время отдыха. Современные теории психологического стресса придают огромное значение социальной поддержке (семьи, друзей, сослуживцев, начальников и др.) в профилактике и преодолении стрессовых расстройств. Однако нередко учебные и боевые задачи выполняются военнослужащими спецконтингентов в одиночестве (подводное минирование, рейд в тылу противника и др.). Кроме того, необходимо учитывать тот факт, что в коллективах спецконтингентов, как правило, культивируется образ некоего супермена, свободного от простых человеческих слабостей (проявляющихся в том числе в желании выговориться, обсудить текущие проблемы с окружающими, что является важным фактором психокоррекционной работы), что также может резко ограничить социальные контакты даже среди военнослужащих срочной службы одного призыва. Это существенно снижает возможности адаптации к новым условиям жизни. Фактор одиночества особенно остро проявляется в тех случаях (а их большинство), когда подразделение дислоцируется вдали от населенных пунктов, и контакты вне служебных отношений значительно затруднены.

3. Фактор утомления и переутомления. Особенностью учебно-боевой подготовки военнослужащих спецконтингентов является ее чрезвычайная интенсивность. Каждый день, как правило, расписан буквально по минутам. Обширный перечень навыков, которыми должен овладеть боец спецподразделения за сравнительно непродолжительный период службы, обусловливает крайнюю насыщенность распорядка дня самыми разнообразными видами учебы (огневая, десантная, общефизическая, подводная, тактическая и многие другие). Крайним напряжением сил сопровождается спецподготовка - т.н. парашютно-десантные сборы, при которых бойцы проходят 35-40 км в полной боевой выкладке. Психофизиологическая диагностика утомления и переутомления военных специалистов основывается на знании врачами особенностей изменений функционального состояния организма и осуществляется посредством анализа жалоб военнослужащих, наблюдения за их состоянием в процессе профессиональной деятельности, исследования уровня профессиональной работоспособности и объективных характеристик переутомления и астенизации.

4. Несовершенство профессионального психологического отбора, следствием чего является попадание в коллективы спецконтингентов лиц с явлениями психической неустойчивости. Как правило, эти лица отлично проходят психологическое тестирование на предварительных этапах отбора, набирая необходимое число баллов. Проблема заключается в том, что психологическое тестирование хорошо "работает" при отборе военных специалистов, занятых в профессиях, не предъявляющих особых требований к человеку, например, профессиях операторского профиля, в которых "критическими психическими функциями" являются функции когнитивные. Для спецконтингентов эти "критические психические функции" либо вообще не исследованы, либо их оценка, а также формирование прогноза на основе этих оценок пока невозможны. Наиболее важным для службы в спецконтингентах, как показывает анализ профессиограммы, является такое психическое качество, как стрессоустойчивость. Однако надежных методик, имеющих приемлемую прогностическую валидность оценки этого качества, до настоящего времени нет.

Таким образом основными факторами формирования дезадаптационных расстройств у спецконтингента являются постоянная угроза жизни и здоровью, одиночество, утомление и переутомление, несовершенство профессионально-психологического отбора.

ПОЭТАПНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПОЛУЧИВШИХ БОЕВУЮ ТРАВМУ

Юдин В.Е., Матвиенко В.В., Бурлак А.М.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Медико-психологическая реабилитация военнослужащих, получивших боевую травму, представляет собой систему мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате бое- и трудоспособности, и на более раннее возвращение военнослужащих к профессиональной деятельности.

Сущность медико-социальной реабилитации заключается в использовании закономерностей функционирования психических и физиологических механизмов восстановления резервов, ресурсов и регуляции деятельности путем управления этим процессом в целях получения оптимального результата. Технология медико-социальной реабилитации представляет ряд методов, способов и приемов диагностики состояния человека и управляемого воздействия на него в целях коррекции или восстановления функционального состояния. Применительно к медико-социальной реабилитации технология ее проведения своим предметом исследования имеет закономерности процессов целенаправленной коррекции или восстановления функционального состояния человека и организации их учета рациональным образом для достижения поставленных целей.

Наиболее полно задачи реабилитации могут быть решены в том случае, если будет осуществляться единая стратегия и тактика реабилитационных мероприятий. В филиале

№ 2 ФГБУ«3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России разработана и в настоящее время успешно внедряется поэтапная комплексная система реабилитации военнослужащих, получивших боевую травму.

Основными принципами поэтапной комплексной системы реабилитации больных являются:

- раннее начало реабилитации;
- комплексное использование всех видов реабилитации;
- непрерывность и преемственность между фазами;
- включение в процесс реабилитации всех больных.

Важный фактор, предопределяющий эффективность реабилитационных мероприятий - раннее их проведение. Военнослужащий находится под постоянным наблюдением врачей-реабилитологов, осуществляющих реабилитационные мероприятия в комплексе и с учетом реакции больного на предшествующий реабилитационный этап. Информация каждого этапа, фиксируется в реабилитационной карте, что позволяет реализовать принцип преемственности.

Физические аспекты реабилитации осуществляются с помощью специалистов центра восстановительного лечения. Для каждого из четырех функциональных классов разработана программа реабилитации, включающая различный уровень нагрузок тренирующего характера. Индивидуализация программ физической реабилитации и на этом этапе обеспечивает ее безопасность и тренирующий эффект. Решение всех задач поэтапной комплексной системы реабилитации возможно только при отработке организационной структуры ее в условиях центра реабилитации.

Таким образом, только комплексное решение всех аспектов реабилитации может обеспечить эффективность системы реабилитации в целом.

ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АКШ

Юдин В.Е., Аннушкин А.Д., Дыбов М.Д., Цепляева С.В.
Филиал № 2 ФГБУ«3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского» Минобороны России г. Москва

В настоящее время хирургические методы лечения больных ИБС широко внедряются в практику. Операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) относиться к наиболее эффективным методам лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Учитывая факт, что на качество послеоперационной реабилитации и прогноз выживаемости кардиохирургических больных влияет наличие психических нарушений, растёт значимость отклонений в психоэмоциональной сфере у больных, перенесших АКШ. Поэтому для повышения эффективности реабилитационных мероприятий современная медицинская реабилитация кардиохирургических больных нуждается в новых методах психотерапевтического воздействия.

Основной тенденцией современной психотерапии является мультимодальный подход. Целью настоящего исследования явилось изучение влияния мультимодальной психотерапии на эффективность комплексной медицинской реабилитации кардиохирургических больных, перенесших операцию АКШ.

Материалом данного исследования послужили результаты наблюдения, обследования и лечения 120 больных ИБС после операции АКШ, находившихся на реабилитации в кардиологических отделениях госпиталя. Все больные – мужчины в возрасте 46 – 65 лет (средний возраст 51,3 ± 4,2), поступившие на поздний госпитальный этап реабилитации на 15-27 сутки (в среднем 20,2 ± 3.2) после оперативного лечения. Все обследуемые по виду реабилитационных программ методом случайного распределения были разделены на 3 группы. Общепринятый базисный курс реабилитационных мероприятий в условиях многопрофильного госпиталя, включающей медикаментозный, физический и лечебно-оздоровительный аспекты, групповые сеансы аутотренинга, назначался всему обследуемому контингенту. Дополнительно к этому в 1-й группе применялся один из современных методов психотерапии (эриксоновский гипноз, НЛП, музыкотерпия, арт-терапия), во 2-й группе – применялась мультимодальная психотерапия, 3-я группа – контрольная.

Для оценки эффективности реабилитационных мероприятий до и после лечения проводились общеклинические, психодиагностические и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования и выводы.

На основании полученных данных, признаки психической дезадаптации выявлены у 108 (89,8%) пациентов, из них на долю тревожных расстройств приходилось 60,8% (73 пациента), признаки депрессии имели 39,1% (47 чел.), 72% (86 чел.) составляли пациенты с формированием астено-невротических и ипохондрических расстройств. Кардиофобический синдром выявлен в 17,9% (21 чел.), тонатофобический синдром у 14% (17 чел.). Причём отмечалась корреляция между выраженностью психической дезадаптации и тяжестью соматического состояния пациентов.

В результате проведённого лечения у пациентов основных групп наблюдалась выраженная положительная динамика субъективных и объективных психофизиологических показателей по сравнению с данными, полученными у контрольной группы. Улучшение клинического состояния больных сопровождалось положительной динамикой функции внешнего дыхания (ФВД), повышением толерантности к физической нагрузке (ТФН).

Особенно выраженная редукция основных клинических проявлений отмечалась у пациентов 2-й группы, более чем в 3 раза симптомов астенического круга, которые занимали центральное место в жалобах пациентов при поступлении (в 92,2% случаев), значительное снижение реактивной тревожности по тесту Спилберга-Ханина (на 20,8% больше, чем в 1-й группе и на 29,5% больше, чем в контрольной группе). Также у этой категории больных наблюдался самый высокий уровень понимания важности соблюдения рекомендаций по лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, полученные результаты применения современных методов психотерапии в комплексной медико-психологической реабилитации больных ИБС, перенесших операцию АКШ, свидетельствуют об их достаточной эффективности при

внедрении в клиническую практику. При этом заслуживает внимания тот факт, что наиболее положительный эффект был достигнут во 2-й группе, то есть там, где применялась мультимодальная психотерапия.

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ И БОЛИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Юдин В.Е., Аннушкин А.Д., Дыбов М.Д., Цепляева С.В.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

По данным литературы признаки депрессии имеют более 50% больных ИБС, перенесших операцию АКШ. На сегодняшний день существует убедительные доказательства того, что качество послеоперационной реабилитации у больных с депрессией ниже, по сравнению с больными без депрессии. Кроме того, на послеоперационный период может оказывать существенное влияние выраженная боль в течение долгого периода, так как операция на открытом сердце с рассечением грудины является тяжёлой хирургической травмой с обширным повреждением тканей. В настоящее время исследования, демонстрирующие худшие результаты у пациентов с депрессией, перенесших операцию на сердце, не рассматривают дополнительное влияние боли на клинический исход.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния депрессии и боли на восстановление после операции АКШ, а также оценка эффективности применения современных методов психотерапии у данной категории больных.

Материалом данного исследования послужили результаты наблюдения, обследования и лечения 60 больных ИБС после операции АКШ, имеющих депрессию и боль разной степени интенсивности. Все больные мужчины в возрасте 47 – 62 лет (средний возраст 51,3 ± 4,2) поступили на поздний госпитальный этап реабилитации на 15-27 сутки (в среднем 20,2 ± 3.2) после оперативного лечения.

Для диагностики боли применялась 4-бальная вербальная шкала оценки физической боли. Для оценки депрессии применялась шкала Бэка.

35 пациентов дополнительно к базисному курсу реабилитационных мероприятий проходили лечение современными методами психотерапии. Эти больные были разделены на 2 основные группы: группа «боль средней или сильной интенсивности» (3-4 балла) - 27 человек и группа «нет боли или слабая боль» (0-1 балла) - 8 человек. 25 пациентов получали только общепринятый базисный курс реабилитационных мероприятий, составили 2 контрольные группы в зависимости от интенсивности болей - 20 и 5 человек соответственно.

Для оценки эффективности реабилитационных мероприятий до и после лечения проводились общеклинические, психодиагностические и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования и выводы.

Данные проведённого исследования показали, что до начала лечения у больных с признаком «боль средней или сильной интенсивности» в основной и в контрольной группе значения депрессии по шкале Бэка были сопоставимы и составили 25,3 ± 2,5 и 25,2 ± 2,5 балла соответственно, а у больных с признаком «отсутствие или слабая боль» значения депрессии также были сопоставимы и составили 18,0 ± 2,0 и 18,2 ± 2,0 балла соответственно. Таким образом, до начала лечения больные, имеющие в показателях боль средней и сильной интенсивности имели более выраженную депрессию по сравнению с больными, у которых отмечалось отсутствие боли или слабая боль.

После проведённого лечения в основных группах интенсивность боли снизилась на 1,2 балл и 1,1 балл соответственно, в то время как в контрольных группах показатель боли снизился только на 0,5 и 0,4 балла соответственно. После проведения дополнительной психотерапии у больных основной группы с признаком боль «средней или сильной интенсивности» значение депрессии по шкале Бэка составило 10,2 ± 2,0 балла, а у больных с признаком «отсутствие или слабая боль» показатели по шкале Бэка не соответствовали депрессивным значениям. Изменения показателей депрессии в контрольных группах были менее выражены и составили 20,3 ± 2,5 баллов и 10,0 ± 2,0 баллов соответственно. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что в основных группах значительно уменьшились признаки депрессии, по сравнению с контрольными группами. При этом у больных с признаком «боль средней и сильной интенсивности» как в основной, так и в контрольной группе эффект лечения депрессии был ниже, по сравнению с показателями депрессивных больных, не имевших боли.

Самые высокие показатели восстановления физических функций, таких как функция внешнего дыхания (ФВД), повышение толерантности к физической нагрузке (ТФН), отмечались в основной группе больных с признаком отсутствия боли. Самые низкие показатели улучшения клинического состояния отмечались у пациентов контрольной группы с признаком боли средней и сильной интенсивности.

Итак, на основании полученных данных выявлена зависимость эффективности реабилитационных мероприятий от показателя интенсивности боли и метода лечения. Так как присутствие боли средней и сильной интенсивности одновременно с депрессией у больных, перенесших АКШ, способствует усугублению депрессии, оказывает негативное влияние на восстановление психических и физических функций, а применение современных методов психотерапии в комплексной реабилитации больных, перенесших АКШ, способствует снижению интенсивности боли, уменьшению признаков депрессии, что оказывает значительное влияние на повышение эффективности медицинской реабилитации.

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ В КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Юдин В.Е., Матвиенко В.В., Бурлак А.М.
Филиал № 2 ФГБУ«3 ЦВКГ им. А. А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

В филиале № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А. А. Вишневского» Минобороны России наблюдалось 100 военнослужащих с боевой травмой верхней конечности, осложненной болевой контрактурой в возрасте от 21 до 38 лет (средний возраст 31 лет). Сроки заболевания от начала первых симптомов до развития контрактуры в среднем составили 3 месяца (от 3 недель до 2 лет). Основными жалобами на момент обращения были: жалобы на боли в плечевом суставе, особенно при движениях. При осмотре выявилось ограничение отведения пораженной конечности до 40°. При пальпации определялись болезненные точки по передней поверхности плечевого сустава, в области проекции длинной головки бицепса и по задней поверхности плеча, а также в области шейки лопатки.

Всем больным проводилось рентгенографическое исследование (переднезадняя рентгенограмма), 63 пациентам была выполнена контрастная артрография, 12 больным - рентгенограммы со специальной укладкой для определения морфологического типа акромиального отростка. Некоторым пациентам выполнялось КТ и ЯМР исследование (8 больных).

Комплексная реабилитационная программа включала психотерапию, медикаментозную терапию, биомеханотерапию с биологической обратной связью, фитотерапию, рефлексотерапию, массаж воротниковой зоны с фитопрепаратами, мануальную терапию.

Психотерапия направлена на создание психологической установки на комплексное, систематическое функциональное лечение. Медикаментозную терапию и рефлексотерапию - симптомитические. Биомеханотерапия с биологической обратной связью проводилась на тренажерах «Тергумет».

Мануальная терапия проводилась с постизометрической релаксацией мышц (ПИРМ). Сущность методики заключается в сочетании кратковременной (5-10 с) изометрической работы минимальной интенсивности и пассивного растяжения мышцы также 5-10с. Повторение таких сочетаний проводится 3-6 раз. Наилучший эффект в выполнении технического приема достигается одновременным применением дыхательных и глазодвигательных синергий. В результате в мышце возникает устойчивое расслабление и исчезает исходная болезненность. Проведение ПИРМ способствует устранению фасциально-мышечного дисбаланса, нормализует нервно-мышечные связи, ликвидирует локальные мышечные уплотнения. У каждого больного эти мероприятия проводятся индивидуально, в зависимости от клинических проявлений. Кроме этого производилось деблокирование функциональных блоков шейного, поясничного отделов позвоночника при помощи приемов мануальной терапии.

С целью увеличения амплитуды в плечевом суставе применяются активные движения, базирующиеся на элементах восточных единоборств.

Массаж воротниковой зоны проводился с фитопрепаратами, а после уменьшения болевого синдрома - массаж плечевого сустава. Продолжительность – 30-40 минут, 2 раза в день.

Таким образом, в результате проведенного лечения у 73 пациентов наступило улучшение в течение 3 недель. Восстановилась амплитуда движений, сила, выносливость, исчезли боли. У 27 пациентов сохранялись умеренные боли. Стойкое улучшение отмечено

у 74 больных в сроки от 1,5 до 6 лет. Рецидив возник у 26 пациентов в период от 5 месяцев до 2 года. Он был связан с неосторожными, резкими движениями во время напряженной физической работы. В этих случаях реабилитационная программа проводилась повторно.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Юдин В.Е., Матвиенко В.В., Бурлак А.М.
Филиал № 2 ФГБУ«3 ЦВКГ им. А. А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Боевые действия в войнах последних десятилетий также приводят к значительным травматическим повреждениям опорно-двигательного аппарата личного состава. Отмечается устойчивая тенденция к увеличению доли ранений конечностей по сравнению с поражением туловища и других частей тела. Во многом это обусловлено, с одной стороны, активным характером боевых действий, а с другой широким применением индивидуальных средств броневой защиты туловища (бронежилеты) и головы (защитные шлемы).

Особую важность имеют ранения верхних конечностей, частота которых во время боевых действий в Афганистане составили 43,4%, во Вьетнаме - 33,1 %, в Боснии -29,2%.

Медицинская реабилитация лиц с боевой травмой верхних конечностей (военнослужащих МО РФ) осуществлялась в филиале № 2 ФГБУ«3 ЦВКГ им. А. А. Вишневского Минобороны России» на базе травматологического и хирургического отделений, а также отделения традиционной медицины.

Обследовано 534 раненых, которые поступили в реабилитационный центр для лечения последствий боевой травмы верхних конечностей. Частота поражений правой верхней конечности практически не различались. От момента ранения до лечения в реабилитационном центре проходило от 8 месяцев до 15 лет.

У раненых с последствиями боевой травмы верхних конечностей выявлены дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночном столбе. Основной локализацией этих изменений являлись зона шейно-грудного перехода и грудной отдел позвоночника. Выявлены клинические особенности данной категории пациентов такие как: асимметрия позвоночника у 98% раненых, болевой синдром у 71% раненых, компрессионно-рефлекторный синдром у 59%, синдром корешковой компрессии в 18% случаях, рефлекторно-компрессионный синдром у 17% раненых, рефлекторный синдром у 15,7% раненых.

Комплексная программа патогенетической синдромной оптимизированной медицинской реабилитации основной группы (ОГ) (248 человек) включала режим – щадящий, щадяще-тренирующий, тренирующий, диету 15, медикаментозную терапию, физиотерапевтические процедуры – получала обычную стандартную программу. Также применялись оптимизированнные методы механического воздействия на паравертебральные мышцы и позвоночно-двигательные сегменты (ручной и аппаратный

массаж, мануальную терапию), иглорефлексотерапию, биомеханотерапию, пассивные и активные интегральные технологии, а также их различные сочетания. Схема биомеханической коррекции проводилась по технологии клиники «David».

Целенаправленное осуществление системы организационных мероприятий и оптимизированных технологий медицинской реабилитации, обеспечило восстановление функции травмированной конечности: полное у 64% раненых, частичное у 11% раненых, а также обеспечило стабильность отдаленных результатов. Оптимизация с помощью биомеханотерапии, интегральных технологий и традиционных методов лечения (мануальной терапии, массажа, иглорефлексотерапии) позволила увеличить эффективность медицинской реабилитации на 35%.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КРАНИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Юдин В.Е., Неборский А.Т.,Азарова Е.К., Аннушкин А.Д., Лямин М.В.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространенным видам повреждений и составляет около 40% от всех видов травм (Гайдар Б.В. с соавт.,1996). Ежегодно количество ЧМТ возрастает по данным ВОЗ на 2%. Это свидетельствует о безусловной актуальности рассматриваемой проблемы, так как все больные с ЧМТ при выздоровлении проходят через этап астенических расстройств, который по разным причинам приобретает хроническое течение (Чудин А.С., Рыбальская А.М., 1989). Известно, что астенический синдром кроме психосоциальных проблем, в результате потенцирования восходящих десинхронизирующих систем мозга, запускает различные вегетативные расстройства, которые в свою очередь усугубляют клиническую картину заболевания (Вейн А.М., Осетров А.С., 1989). Разработка методов реабилитации больных с рассматриваемой патологией является актуальной проблемой вследствие того, что основной контингент травмированных составляют люди трудоспособного возраста, а как показывает С.С. Калинер (1977), астенический синдром является прогностически благоприятным для возвращения к нормальной жизнедеятельности.

Одним из высокоэффективных методов восстановительной медицины является краниальная терапия, которая прочно вошла в арсенал лечения больных с различной патологией, в том числе с последствиями травм центральной нервной системы.

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности краниальной терапии в комплексном восстановительном лечении больных после ЧМТ с астеническим синдромом. Экспериментально-клинические исследования основаны на изучении и анализе различных категорий военнослужащих, получивших ЧМТ, в количестве 160 человек, из них в качестве контрольной группы (без применения реабилитационных программ) были обследованы 42 чел. (26,3%). Средний возраст обследованных военнослужащих составил 34,3 года (от 19 до 45).

Основными характерными и объективно необходимыми для эффективного лечения этапами в программе краниальной терапии являются:

1. Изучение истории болезни, осмотр пациента.
2. Оценка состояния краниального ритма с последующим выбором тактики воздействия.
3. Освобождение затылочной кости.

3.1. Снятие спазмов и ликвидация очагов миодистрофии в мышцах шеи, а, в ряде случаев, мышцах грудного и поясничного отдела.

3.2. Снятие блоков в суставах позвоночника, особенно С0-С1 для обеспечения свободы доступа к костям черепа для дальнейшей работы. Блоки снимаются различной техникой (манипуляции, мобилизация, ПИР, мышечно-энергетическая) в зависимости от типа блока и тяжести состояния пациента.

4. Оценка состояния швов (анатомическое строение, патологическое состояние).
5. Освобождение швов от блоков, обусловленных травматическими поражениями.
6. Нормализация объема движения костей черепа и промежуточный контроль краниального ритма.
7. Оценка типа поражения сфено-базилярного синхондроза, коррекция этих нарушений.
8. Улучшение ликвородренажа и нормализации внутричерепного давления.
9. Повторная работа с периферическими костями.

Результаты работы показали, что метод краниальной терапиии является одним из ведущих направлений восстановительного лечения астенического синдрома на позднем госпитальном этапе у раненых и больных с последствиями закрытых черепно-мозговых травм в связи с достаточно высокой эффективностью, прогнозируемостью, а также широкими возможностями применения метода как индивидуализированно, так и в составе комплексного лечения. В частности, что у больных, получивших в комплексном восстановительном лечении метод краниальной терапии, достоверно ($P<0,05$) по сравнению с контрольной группой, сократилась выраженность таких проявлений ЧМТ как головная боль, головокружение, шум в голове и ушах, общая слабость, быстрая утомляемость, нарушение сна, рассеянность, невозможность сосредоточиться. Кроме того, более выраженным у больных основной группы был регресс неврологической симптоматики: рефлекторных асимметрий, симптомов поражения ствола - снижение фотореакций, нарушение конвергенции, горизонтальный нистагм, нарушение статики и координации. Особенно заметен регресс клинических вегетативных признаков. При преобладании вегетативно-сосудистого синдрома артериальное давление к концу лечения нормализовалось в 95% случаев в основной группе и в 70% в контрольной группе ($P<0,05$). При преобладании астено-невротических проявлений к концу лечения они нормализовались в 88% в основной группе и в 65% в контрольной ($P<0,05$). В целом, частота случаев нормализации клинических признаков астенического синдрома к концу лечения составила 92% в основной группе и 67,5% в контрольной ($P<0,05$).

Таким образом, метод краниальной терапии в комплексном лечении ЧМТ повышают эффективность лечебных мероприятий, о чем свидетельствует динамика

клинико-неврологических признаков. Наряду с этим, полученные результаты свидетельствуют, что проводимые программы восстановительного лечения с использованием краниальной терапии обладают выраженным вегетостабилизирующим влиянием и не вызывает побочных реакций у больных с ЧМТ.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Ярошенко В.П., Юдин В.Е., Поправка С.Н., Лямин М.В.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

В связи с военно- и социально-медицинским значением боевой травмы и ее последствий большое внимание военно-медицинской службы привлекает не только лечение острой фазы раневого процесса, но и медицинская реабилитация - восстановительное лечение местных и общих видов посттравматической патологии.

Динамическое обследование в ходе этапной реабилитации проведено 245 раненым, получившим минно-взрывные ранения (МВР) в ходе локальных вооруженных конфликтов. Все раненые – мужчины в возрасте от 19 до 45 лет (средний возраст 24,5±2,7 г.) имели ампутацию сегментов нижних конечностей. Раненые поступали на реабилитацию в сроки от 1 до 2-х месяцев после полученного ранения (в среднем 1,6±0,2 мес.).

Программа обследования раненых включала общеклинические, лабораторные, инструментальные и психофизиологические методы исследования.

В результате проведенного исследования установлено, что висцеральная патология в периоде реконвалесценции выявляется у 88,6% раненых, получивших МВР и характеризуется: со стороны сердечно-сосудистой системы - систолической дисфункцией сердца (39,2%), нарушением сердечного ритма (56,6%) и проводимости (45,5%), миокардиодистрофией (13,4%); со стороны дыхательной системы – умеренными нарушениями функции внешнего дыхания по обструктивному, рестриктивному и смешанному типам (50,7%), гипервентиляционным синдромом психогенного характера (21,8%); со стороны пищеварительной системы – хроническим гастродуоденитом с повышенной кислотообразующей функцией (26,1%); со стороны мочевыделительной системы – мочевым синдромом (19,7%), а также их сочетанием. Недостаточность питания в периоде реконвалесценции выявлена у 36,2% раненых. У 90,3% раненых имели место нарушение адаптационных реакций различной степени выраженности. Клинико-психологическое обследование пострадавших позволило выявить психологические стрессовые реакции у 69,3% пациентов и посттравматические стрессовые расстройства у 17,2% пациентов.

В ходе комплексной реабилитации раненых, прошедших этап протезирования, нами применялись реабилитационные программы, основанные на синдромно-патогенетическом и клинико-функциональном принципах. При недостаточности питания назначались

полисубстратные сбалансированные питательные смеси, которые способствовали положительной динамике основных показателей состояния питания и восстановлению элементарного статуса раненых. При психических расстройствах индивидуальные программы медико-психологической реабилитации раненых базировались на уровневом подходе к оценке психического здоровья и включали применение методов психофармакотерапии и биоакустической психокоррекции. При остаточных нарушения вентиляционной функции легких и гипервентиляционном синдроме назначалась корригирующая лечебная физкультура. Кроме этого, программы комплексной медицинской реабилитация раненых с последствиями МВР включали применение методов физиотерапии, фитотерапии, традиционных методов лечения и фармакотерапии по показаниям. В результате применения комплексных дифференцированных реабилитационных программ достигнут наиболее высокий реабилитационный эффект.

Таким образом, сложный патологический процесс травматической болезни у раненых, получивших МВР, требует активной и целенаправленной медицинской реабилитации, основанной на квалифицированном клиническом индивидуальном подходе, понимании патогенетической сущности синдромов и дифференцированном лечебном воздействия на них.

ОРГАНИЗАЦИЯ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

Ярошенко В.П., Матюшина Т.Ф.
Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Клинико-экспертная работа (КЭР) в Филиале организована и проводится в соответствии с требованиями нормативно-правовых документов: Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н. «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»; приказ Минздравсоцразвития России от 24 января 2012 г. № 31н г. Москва «О внесении изменений в Порядок выдачи листков нетрудоспособности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июня 2011 г. № 624н»; приказ Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

Для решения вопросов экспертизы временной нетрудоспособности приказами начальника филиала назначены соответствующие комиссии и ответственные лица. Основными документами по организации КЭР в филиале являются: положение о работе врачебной комиссии филиала; приказы начальника филиала о составе врачебной комиссии, порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности (ЛН), создании комиссии по проверке учета, хранения и расходования бланков ЛН, допуске врачей филиала к выдаче ЛН, порядке заполнения бланков ЛН; план клинико-экспертной работы

на год , план-график заседаний врачебной комиссии, план проведения занятий с врачебным составом по актуальным вопросам КЭР и др.

В состав врачебной комиссии (ВК) входят 6 человек, из них 1 председатель ВК (Будко А.А. – заместитель начальника филиала по клинической работе), 1 заместитель председателя ВК (Ярошенко В.П. – заместитель начальника филиала по КЭР), 4 члена ВК (начальники центров и начальник медицинской части). Среди членов ВК 1- профессор, 2 - доктора медицинских наук, 1- кандидат медицинских наук, 4- Заслуженных врача Российской Федерации. Все врачи и секретарь врачебной комиссии имеют высшую квалификационную категорию.

В течение 2013 года проведено 171 (2012 г. -246) заседание врачебной комиссии. Клинико-экспертные вопросы и вопросы временной нетрудоспособности решались с 1429 пациентами (2012г -1856), что составило 20,8% (2012 г. - 26,4%) от всех лечившихся в филиале. Уменьшение количества экспертных решений связано с уменьшением числа лечившихся в филиале и увеличением доли пациентов пожилого нетрудоспособного возраста. При экспертизе ВН врачами филиала допущено в 2013 г. 12 дефектов (в 2012 г.- 28). Среди допущенных дефектов наиболее частыми были несвоевременное представление пациентов на ВК и отсутствие эпикризов на ВК.

Большинство работающих пациентов переводились из 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского МО РФ- 631 (2012 г. -657) человек или 70,9% (2012 г. -35,4%), ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ – 171 (2012 г. -258) человек или 19,2% (2012 г. - 14,0%).

Структура больных с временной нетрудоспособностью по социальному статусу выглядит следующим образом: офицеры в запасе и отставке составили в 2013 году 68,9% (2012 г. - 73,0%) от всех нетрудоспособных, лечившихся в филиале в течение года, члены семей военнослужащих – 18,2% (2012 г. - 16,9%), прочие - 12,9% (2012 г.-10,1%) от числа лечившихся.

После проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий в 2013 г 29,5% пациентов выписаны к труду (в 2012 г. – 25,9%), а 70,5% больных, по решению ВК, были направлены для долечивания в поликлинику по месту жительства (в 2012 г. – 74,1%). Среднее число дней на 1 случай временной нетрудоспособности всего по заболеваниям в 2013 году в сравнении с 2012 годом снизилось. При этом, у мужчин среднее число дней на 1 случай заболевания составило 20,9 дней (2012 г. - 21,7 дней), у женщин – 19,0 дней (2012 г. -19,7 дней).

В Филиале постоянно проводится работа по совершенствованию знаний и практических навыков врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности. С этой целью организованы теоретические и практические занятия. Практические занятия проводятся индивидуально с врачами в виде разбора ошибок и доведения правил заполнения листков нетрудоспособности. Разработаны методические рекомендации по правилам ведения истории болезни, направления на врачебную комиссию, оформления в медицинской документации временной нетрудоспособности при выписке пациентов из филиала. Обращалось внимание на доведение до врачебного состава руководящих документов по экспертизе временной нетрудоспособности, частные экспертные случаи разбирались со специалистами филиала.

Таким образом, существующая организация и состояние клинико-экспертной работы в Филиале позволяют выполнять стоящие перед коллективом экспертные задачи. В

результате проводимой работы при основных нозологических формах сократился койко-день, повысилось качество оказания медицинской помощи.