

мительный тип мочеиспускания изменился после лечения на нормальный тип мочеиспускания, до условной нормы достоверно снизились максимальная и средняя объемная скорость мочеиспускания. После выполнения цистометрии у большинства детей основной группы (80,0%) выявлено достоверное увеличение максимального объема мочевого пузыря с $148,4 \pm 11,3$ до $185,6 \pm 13,6$ мл ($p < 0,02$). В группе сравнения динамика показателей урофлоуметрии и цистометрии была менее выраженной и не достоверной.

Вывод. В результате проведенных исследований эффективность медицинской реабилитации с включением лазерного излучения и интерференционных токов составила 85,0%, в контрольной группе — лишь 60,0% ($p < 0,05$).

* * *

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯВЛЕНИЯМИ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА

Овечкин И.Г.¹ (doctoro@mail.ru; +7(495)455-8811), Юдин В.Е.¹, Ярошенко В.П.¹, Будко А.А.¹, Матвиенко В.В.¹, Косухин Е.С.¹, Гаджиев И.С.²

¹Филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого» Минобороны России, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

Актуальность. Актуальность рассмотрения медицинской реабилитации (МР) пациентов с явлениями компьютерного зрительного синдрома (КЗС) определяется высокой частотой распространения данного состояния вследствие практически повсеместно внедрения компьютерных технологий.

Цель исследования. Разработать и оценить эффективность методики МР пациентов с явлениями КЗС на основе комплексного применения специфических (непосредственно воздействующих на орган зрения) и неспецифических (апробированных в восстановительной медицине) физических методов воздействия.

Материал и методы. Под наблюдением находились 62 пациента с явлениями КЗС (средний возраст $29,2 \pm 1,8$ года, мужчины, наличие повседневной интенсивной зрительной работы с высоким уровнем ответственности за результат, стаж непрерывной практической деятельности не менее 3 лет, состояние рефракции не более $\pm 3,0$ дптр, по величине сферического эквивалента), разделенных на 2 равнозначные по возрасту, состоянию рефракции группы: основную (ОГ, 32 пациента) и контрольную (КГ, 30 пациентов). Пациентам ОГ выполнялось комбинированное (в течение 10 дней) применение низкоэнергетического лазерного излучения на орган зрения, краниальное остеопатическое воздей-

ствие и специальные тренировки шейно-грудного отделов позвоночника. Пациенты КГ, кроме ограничения зрительной нагрузки, специфического лечения не получали.

Результаты. Динамика исследуемых показателей у пациентов КГ была практически не значима. В ОГ после проведения курса отмечалось выраженная, статистически значимая положительная динамика объективных показателей, проявляющаяся повышением некорректируемой остроты зрения вдаль (на 0,11 отн.ед.; $p < 0,05$) и параметров аккомодографии (на 18,4—32,6%; $p < 0,01$). Наряду с этим, установлено существенное улучшение субъективного статуса по специальным опросникам «Качество зрительной жизни» (на 6,2%; $p < 0,05$) и «Астенопия» (на 36,8%; $p < 0,001$).

Выводы. Комбинированное применение предлагаемых разнонаправленных технологий физического воздействия МР пациентов с явлениями КЗС обеспечивает эффективное лечение, что подтверждается выявленной динамикой клинико-функциональных и субъективных показателей зрительной системы. Полученные результаты обосновывают применение мультидисциплинарного подхода к МР пациентов с явлениями КЗС, основанного на синдромо-патогенетических принципах применения физических методов лечения.

* * *

СПОСОБ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Одарушенко О.И. (olgaodar@yandex.ru; +7(916)279-1449), Кузюкова А.А. (anna_kuzjukova@mail.ru; +7(916)150-8376)

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Проблема психологической адаптации пациентов с депрессивными состояниями после инсульта к условиям жизни и деятельности особенно остро заявляет о себе сегодня, когда увеличена продолжительность профессиональной деятельности человека. В связи с этим большое значение имеет психологическая реабилитация, способствующая настроенности на преодоление возникшего в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) дефекта, коррекцию отношения к болезни и лечению, оптимистическую лечебную и жизненную перспективу. Известен комплексный способ реабилитации после инсультов, включающий, помимо физических и физиотерапевтических воздействий, также и психотерапевтическое воздействие, в частности

методы нейротерапии, которые используют различные способы воздействия на организм, в том числе акустическими, зрительными, тактильными, а также температурными сигналами, тем не менее в связи с недостаточной распространенностью таких работ в нашей стране, дальнейшее внедрение психофизиологических и психотерапевтических методик в реабилитационный процесс является важной научно-практической задачей.

Цель исследования. Оценить эффективность психологической реабилитации с использованием психофизиологических и психотерапевтических методик пациентов в поздний восстановительный период после ОНМК.

Материал и методы. Теоретико-аналитические и обобщающие методы (теоретическое изучение проблемы); эмпирические методы (наблюдение, психодиагностические методы), методы статистической обработки данных, корреляционный и факторный анализ. Обработка результатов выполнена при помощи статистического пакета Statistica V. 7.0.

На базе нейрореабилитационного отделения были получены результаты исследований применения способа психологической реабилитации пациентов в позднем восстановительном периоде после ОНМК, включающий психофизиологические и психотерапевтические методики воздействия. В ходе исследования, для контроля использовались общепринятые валидные методики оценки психофизиологического состояния, когнитивных и двигательных способностей пациентов.

Результаты. По результатам данных исследований установлено, что под действием предлагаемых реабилитационных приемов у пациентов, получавших комплекс воздействий согласно заявленному способу, достоверно снижался уровень реактивной и личностной тревожности по тесту Спилбергера—Ханина, нормализовались когнитивные функции по тесту MMSE, снижался уровень депрессии по тесту ГИД, уменьшалось количество ошибок и время реакции в визуальных и акустических сенсомоторных пробах, увеличивался индекс альфа-ритма, уменьшался индекс бета-ритма и снижался уровень межполушарной асимметрии.

Вывод. Метод психологической реабилитации, включающий психофизиологическое и психотерапевтическое воздействие, способствует снижению психоэмоционального напряжения, улучшает самочувствие, снижает степень тревоги и беспокойства, увеличивает адаптационные резервы пациента и может использоваться в поздний восстановительный период после ОНМК и на этапе санаторно-курортного восстановления.

* * *

СПОРТ С ПОЗИЦИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Орджоникидзе З.Г., Павлов В.И., Балтиева В.А., Шарыкин А.С., Иванова Ю.М.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Актуальность. Физическая активность и спорт являются приоритетным направлением государства. Однако любая физическая активность является не только средством профилактики, но и сама требует наблюдения во избежание физического перенапряжения, а также состояний, когда занятия спортом противопоказаны. При этом активно спортом занимаются более 4 млн москвичей разного пола, возраста и целей физической активности.

Цель исследования. Формирование интегральной концепции системы профилактики спортсменов и физически активных лиц.

Материал и методы. Материалом послужили результаты ежегодного углубленного обследования спортсменов Москвы в количестве 11 200 человек различного уровня подготовки в разных видах спорта и литературные источники с концепциями ведущих специалистов физиологии спорта; использованы формально-логический и аналитико-синтетический методы.

Результаты. Логично сопоставить работу организма спортсмена с функционированием любого искусственного механизма, работающего на углеводородах. Окислителем в обоих случаях служит кислород. Различия касаются лишь вида углеводорода и способа трансформации энергии.

Так, по данным ведущего спортивного кардиолога Европы W. Kindermann, профессиональный спортсмен, как и автомобиль, за свою карьеру преодолевает около 300 000 км.

Наш подход отличается от такового у лиц в общей популяции, обладает существенной новизной подхода и методов и исходит из того, что любой механизм, работающий на углеводородах, — автомобиль (топливо — бензин) или человек (топливо — гликоген), обладает принципиально схожим набором ключевых систем и проблем, с ними связанных.

В подавляющем количестве случаев, в зависимости от вида спорта, достижения спортсмена определяется слаженной работой отдельных систем, схожих с таковыми у искусственного механизма:

- работой и мощностью двигательных элементов — мышц, входящих в состав опорно-двигательного аппарата;
- наличием и количеством субстрата (гликоген, жирные кислоты и др.) и доставкой окислителя, т.е., работой системы кислородотранспорта, прежде всего, кардиореспираторного звена;
- функционированием координирующих и регуляторных систем (нервная, эндокринная, иммунная).