

сильвинитовых спелеоклиматических камер. Пособие для врачей: утв. Председателем секции по реабилитации Ученого совета Минздрава РФ, директором РНЦРиФ, академиком РАМН, проф. В.М. Боголюбовым 27 ноября 1997 г. М.-Пермь; 1997.

5. Разумов А.Н., Владимирский Е.В. и др. *Основные конструктивные факторы и их роль в формировании параметров лечебной среды. Природные и преформированные физические факторы в восстановительной медицине — материалы Международной научно-практической конференции «Современные технологии восстановительной и курортной медицины: спелеоклиматотерапия, бальнеология, магнитотерапия».* Пермь; 2005.
6. Решетников С.М., Барсуков А.К., Меркулов Д. А., Бохан А.Н. *Методика качественного определения хлоридов в атмосфере спелеоклиматических камер из красного сильвинита:* утв. Генеральным директором РНЦВМиК академиком РАМН А.Н. Разумовым 9 октября 2010 г. УДГУ. М.; 2010.
7. Файнбург Г.З. Ревитализация и реабилитация организма на основе гормезисного воздействия соляной аэродисперсной среды сильвинитовых спелеоклиматических помещений и их применение в курортном деле. *Вопросы курортологии Республики Казахстан.* 2017;1(1):32-39.
8. Перов А.Ю., Бобровников А.В., Овчинников Б.М., Парусов В.В. *Терапия смесями благородных газов с кислородом.* ФГБУН Институт ядерных исследований Российской академии наук. М.№ 2015.

* * *

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА СТАТИЧЕСКУЮ И ДИНАМИЧЕСКУЮ ВЫНОСЛИВОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

**Васильева В.А. (valeri08.00@bk.ru; +7(925)121-0896),
Марченкова Л.А. (lr-march@rambler.ru;
+7(916)604-8429), Еремушкин М.А.**

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

Цель исследования. Оценить изменение выносливости к статической и динамической нагрузке, оценить силу конечностей на фоне восстановительного лечения у пациентов с ожирением.

Материал и методы. Обследованы 72 пациента в возрасте от 21 до 69 лет. Длительность заболевания составила более 5 лет. Масса тела (МТ), индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), скорость ходьбы, оценка выносливости к статической нагрузке мышц живота и спины, оценка выносливости к динамической нагрузке мышц живота и спины, тест «Встань и иди», скорость ходьбы оценивались перед лечением и через 21 день после окончания лечения. Средний возраст пациентов составил $52,4 \pm 11$ года. Исходная МТ составила $111,3 \pm 24,5$ кг, ИМТ — $40,3 \pm 8,1$ кг/м², ОТ — $113,4 \pm 16$ см, ОБ — $124,2 \pm 16$ см. Функциональные тесты проводились всем пациентам. Для этого они проходили стандартное расстояние — 6 м по ровной поверхности. Время засекалось с помощью секундомера. Оценка выносливости к статической нагрузке проводилась при помощи теста с удержанием тела до отказа, выносливость к динамической

нагрузке исследовалась при помощи выполнения тестов в среднем темпе до отказа от нагрузки. Статическая нагрузка определялась с помощью секундомера, динамическая нагрузка определялась путем подсчета количества выполненных действий. Тест «Встань и иди» оценивался при подъеме пациента со стула, прохождении стандартного расстояния 3 м, возвращении обратно и вновь усаживании на стул. Статистическая обработка проводилась в программе Statistica 10.0.

Результаты. Наблюдалось значительное снижение МТ ($111,3 \pm 24,4$ кг исходно против $107,9 \pm 23,1$ кг за 3 нед; $p=0,000$), ИМТ ($40,3 \pm 8,1$ против $39,1 \pm 7,7$ кг/м²; $p=0,000$), ОТ ($113,4 \pm 15,9$ против $109,2 \pm 15,1$ см; $p=0,000$), ОБ ($124,1 \pm 15,5$ против $119,7 \pm 14,1$ см; $p=0,000$) у пациентов с ожирением. Скорость ходьбы на 10 м увеличилась с $0,84 \pm 0,15$ м/с исходно до $0,88 \pm 0,17$ м/с за 3 нед ($p=0,000$). Результаты теста «Встань и иди» улучшились с $8,4 \pm 2,1$ соответственно $7,9 \pm 2,09$ с ($p=0,000$). Мы выявили статически значимое повышение выносливости к статической нагрузке мышц живота с $13,1 \pm 9,7$ до $16,49 \pm 12,8$ с ($p=0,000$), а также в мышцах спины — с $14,8 \pm 11,9$ до $18,6 \pm 14,9$ с ($p=0,000$). Выносливость к динамической нагрузке увеличилась в мышцах живота с $29,9 \pm 11,2$ до $34,84 \pm 11,93$ раза ($p=0,000$), а также в мышцах спины — с $9,1 \pm 7,4$ до $12,2 \pm 9,2$ раза ($p=0,000$). Значительно уменьшилось число падений — с $0,14 \pm 0,34$ исходно до $0,0$ (95% ДИ $0,02-0,25$) после окончания лечения.

Вывод. Снижение МТ у пациентов с ожирением ассоциируется с увеличением скорости ходьбы, улучшение выносливости к статическим и динамическим нагрузкам и увеличивает силу конечностей, что увеличивает устойчивость и снижает риск падений на фоне восстановительного лечения.

* * *

РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСА НА ФОНЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

**Васильева В.А. (valeri08.00@bk.ru; +7(925)121-0896),
Марченкова Л.А. (lr-march@rambler.ru;
+7(916)604-8429)**

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

Цель работы. Представление клинического случая, заключающегося в описании изменения состава тела и изменения массы тела на фоне применения комплекса медикаментозного и немедикаментозного лечения морбидного ожирения.

Описание клинического случая. В ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России обратилась пациентка Р., 49 лет, с диагнозом: Морбидное ожирение. Жалобы: на избыточную массу тела, периодические боли в коленных суставах. Анамнез: впервые избыточная масса тела стала беспокоить после родов, в 1985 г. Ожирение диагности-

ровано в 2000 г. Самостоятельные попытки снижения массы тела — без эффекта. Ранее у специалистов не наблюдалась. От проведения бариатрической операции отказалась. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 164 кг, ИМТ 60,9 кг/м², окружность талии (ОТ) 143 см, окружность бедер (ОБ) 162 см, артериальное давление (АД) 130/90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 72 уд/мин. При обследовании: общий анализ крови, общий анализ мочи — без патологических изменений, лептин 91,4 нг/мл. Биомпедансометрия (БИМ): жировая масса (ЖМ) 77,1 кг, тощая масса (ТМ) 83,9 кг, скелетномышечная масса (СММ) 39,3 кг, общая жидкость (ОЖ) 61,4 кг, внеклеточная жидкость (ВЖ) 28,1 кг. Пациентке был назначен лираглутид 0,6 мг подкожно (п/к) 1 раз в день, с последующим увеличением дозы на 0,6 мг в неделю до суточной дозы 3,0 мг п/к 1 раз в день и низкокалорийная диета (НКД). Повторно женщина обратилась к врачу-эндокринологу через 3 мес. При осмотре: масса тела 150 кг, ИМТ 55,7 кг/м², ОТ 129 см, ОБ 151 см, АД 120/85 мм рт.ст., ЧСС 80 уд/мин. При обследовании: общий анализ крови, общий анализ мочи — без патологических изменений, лептин 31,1 нг/мл. БИМ: ЖМ 71,3 кг, ТМ 75,7 кг, СММ 34,5 кг, ОЖ 55,4 кг, ВЖ 25,1 кг. Женщина продолжала принимать лираглутид 3,0 мг п/к 1 раз в день. Пациентка прошла программу реабилитации: НКД, лечебная гимнастика в бассейне №10, лечебная физкультура в зале №10, горизонтальный велотренажер №10. Нежелательных явлений терапии не отмечено. После завершения курса лечения: масса тела 145 кг, ИМТ 53,9 кг/м², ОТ 120 см, ОБ 145 см, АД 125/85 мм рт.ст., ЧСС 85 уд/мин. БИМ: ЖМ 69,1 кг, ТМ 75,9 кг, СММ 34,9 кг, ОЖ 55,6 кг, ВЖ 25,3 кг.

Вывод. Клинический случай демонстрирует эффективность санаторно-курортного лечения морбидного ожирения с дополнительным использованием фармакотерапии.

* * *

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИОКИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ У ДЕТЕЙ

Вахова Е.А.^{1,2}, Хан М.А.^{1,2}, Александров А.В.³

¹ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия;

³ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Удельный вес травм верхних конечностей, сопровождающихся повреждением нервов у детей, колеблется от 1,5 до 10%. При этом наиболее часто повреждение периферических нервов верхней конечности

связано с переломами длинных трубчатых костей (10—12% случаев). Большинство их вызвано тракцией нервного ствола отломками кости при смещении. Как правило, они транзиторные, не требуют хирургического вмешательства, в течение нескольких месяцев происходит полное восстановление. Реже встречаются ятрогенные повреждения, связанные с выполнением металлоостеосинтеза.

Комплексная диагностика повреждений периферических нервов включает клинический осмотр, электрофизиологическое и ультразвуковое исследования, позволяющие оценить степень и топологию поражения мышц и нервов, состояния окружающих тканей, питающих артерий, анатомическую целостность нерва.

В настоящее время хорошо изучены патофизиологические аспекты повреждения и механизмы восстановления функции нерва. Актуальным остается вопрос оптимизации программ и сроков медицинской реабилитации детей с повреждением периферических нервов после реконструктивных операций.

Задачами медицинской реабилитации таких детей являются профилактика рубцово-спаечного процесса в нерве, стимуляция его регенерации, уменьшение выраженности вегетативных и трофических расстройств, сохранение функции денервированных мышц, улучшение двигательных возможностей конечности.

Основными компонентами программы медицинской реабилитации являются следующие методы физио-кинезотерапии: вазоактивная электростимуляция, магнито-электростимуляция нервно-мышечного аппарата, ультрафонофорез гидрокортизона, фотоэлектростимуляция сосудов, разработка движений, массаж, ортезирование, кинезиотейпирование.

Вывод. Своевременно начатые реабилитационные мероприятия, учитывающие индивидуальные возможности ребенка, адекватно поставленные реабилитационные задачи и правильно выполненные назначения способствуют профилактике послеоперационных осложнений, раннему восстановлению активных движений, что сокращает сроки медицинской реабилитации.

* * *

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ

Власова И.А. (irk_via@mail.ru),
Абрамович С.Г. (prof.abramovich@yandex.ru)

ИГМАПО — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск, Россия

Увеличение числа людей старшего поколения в общей структуре населения является основанием для использования методов, повышающих их жизнеспособность.