

зической работоспособности с применением современных диагностических технологий.

Важными аспектами медицинской реабилитации детей на санаторном этапе с сердечно-сосудистыми заболеваниями являются психолого-педагогические моменты. Основная цель образовательных программ — повышение мотивации лечения, активного и сознательного следования врачебным рекомендациям.

Научные исследования показывают, что у детей с сердечными заболеваниями, прошедших санаторный этап реабилитации, происходят важные положительные физиологические изменения, включая достоверное повышение уровня физической активности в результате овладения «сохранными» формами нагрузок и лучшего понимания специфики своего сердечного заболевания.

* * *

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ

Куюнцева А.В.¹, Хан М.А.^{1,2}, Тарасов Н.И.²,
Коротеев В.В.² (6057016@mail.ru; +7(499)766-7047)

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

²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Актуальность и социальная значимость проблемы реабилитации детей со сколиозом обусловлены высокой распространенностью заболевания в структуре ортопедической патологии детского возраста (до 28%), часто прогрессирующим течением (в 50% случаев), нарушением функций ряда жизненно важных систем организма. В структуре инвалидности среди больных сколиозом дети и подростки в возрасте 12—17 лет составляют 28,4%.

Основным принципом ведения больных со сколиозом является раннее выявление и лечение начальных форм патологии. Лечение сколиоза представляет собой сложный и длительный процесс, носит комплексный характер, зависит от тяжести течения и склонности к прогрессированию.

Дети с компенсированными сколиозами начальной степени должны лечиться в амбулаторных и домашних условиях, с медленно прогрессирующим течением — в специализированных школах-интернатах, а с более значительным прогрессированием — в ортопедическом стационаре.

Целями современного консервативного лечения являются: стабилизация деформации, коррекция деформации, удержание коррекции.

Общими принципами консервативного лечения сколиоза являются: исключение неблагоприятных нагрузок на пораженный отдел позвоночника, стимуляция собственной активности мышц позвоночни-

ка, постепенность, комплексность и индивидуализация лечения (сочетание общих и индивидуальных подходов в выборе средств медицинской реабилитации), выработка и закрепление статико-динамического стереотипа рациональной осанки.

Комплексное консервативное лечение сколиоза включает рациональный двигательный режим, корсетотерапию, активную коррекцию деформации (корригирующая гимнастика), гидрокинезотерапию, массаж, пассивную коррекцию деформации (постуральные упражнения, лечение положением), физические методы лечения (электростимуляция мышц, электростатический массаж, магнитотерапию).

Ведущее место среди консервативных методов коррекции сколиоза занимает лечебная физкультура.

При выраженных степенях сколиотической деформации (III—IV), если избран консервативный метод лечения, коррекция деформации не проводится. Лечебные мероприятия направлены на укрепление мышц, поддерживающих позвоночник (симметричные упражнения, преимущественно лежа), улучшение функции внешнего дыхания и тренировку сердечно-сосудистой системы.

Однако имеющийся арсенал лечебных факторов не всегда позволяет добиться успеха в лечении этой категории пациентов. На сегодняшний день существует необходимость поиска и внедрения новых эффективных методов консервативного лечения детей со сколиозом, позволяющих воздействовать на основные клинические проявления заболевания.

* * *

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ ПРИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ СТРЕССВЫЗВАННЫХ КАРДИАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Лебедева О.А.

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

Актуальность. Поиск способов диагностики и коррекции стрессорных функциональных нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, которые приводят к нарушениям адаптивных возможностей организма и трудоспособности, является актуальной задачей восстановительной медицины.

Цель исследования. Изучение возможностей использования функциональных проб при немедикаментозной коррекции стресс-вызванных кардиальных нарушений.

Материал и методы. Для оценки состояния сердца и центральной гемодинамики при функциональных пробах в процессе немедикаментозного лечения было проведено эхокардиографическое исследование при физической нагрузке (ВЭМ) у 20 больных ней-

роциркуляторной дистонией (НЦД) и психоэмоциональной нагрузке по разработанной в лаборатории методике (компьютеризированный вариант корректурной пробы) у 16 больных НЦД и гипертонической болезнью (ГБ). В качестве группы сравнения при психоэмоциональной нагрузке изучена группа спортсменов высокой квалификации (31 человек). Для коррекции выявленных стрессорных нарушений применяли программы, включающие сочетание низкочастотного переменного магнитного поля, электросна, хлоридных натриевых, радоновых, йодобромных, углекислых ванн, интервальных гипоксических тренировок, рефлексотерапию.

Результаты. Увеличение сердечного индекса при функциональных пробах вызвано в большей степени учащением сердечного ритма при сохраненном или несколько увеличенном уровне ударного объема. Степень повышения артериального давления под влиянием эмоциональной и особенно физической нагрузки была больше у лиц с гипертоническими состояниями и уменьшалась после окончания немедикаментозного лечения ($p < 0,01$), достоверно увеличился объем выполненной работы. Величина показателя функционального реагирования, определяемого при проведении психоэмоциональной нагрузки, исходно повышенного, достоверно снижалась в результате проведенного немедикаментозного лечения. Показатели, характеризующие сократимость миокарда, увеличивались в большей степени у лиц с гипо- и эукинетическими типами центральной гемодинамики. Динамика показателей корректурной пробы в обеих группах свидетельствовали об улучшении у них функции внимания и работоспособности ($p < 0,05$).

Вывод. Доказана возможность использования функциональных проб при изучении целенаправленного регулирующего влияния немедикаментозных технологий на значимые звенья генеза стрессорных нарушений и повышение адаптационного потенциала. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о возможности стресс-лимитирующего действия немедикаментозной терапии, ограничении симпатических влияний на сердечно-сосудистую систему, повышении стрессоустойчивости организма больных НЦД и ГБ и переносимости физических и психоэмоциональных нагрузок.

* * *

УГЛЕКИСЛЫЕ ВАННЫ И АКВАТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лебедева О.Д., Лобанов А.А., Андронов С.В.,
Родькина М.В.

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

Актуальность. В связи с тем, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности во всем мире, снижение факторов риска и ведение здорового образа жизни играют важную роль в первичной и вторичной профилактике развития ССЗ и улучшения прогноза.

Цель исследования. Изучение эффективности применения углекислых ванн и водных тренировок в программе первичной профилактики у лиц с факторами риска ССЗ.

Материал и методы. Обследованы 60 пациентов (43 женщины и 17 мужчин) с наличием двух факторов риска ССЗ — до и после проведения им курса углекислых ванн (УВ) и акватерапии (АквТ). Пациенты были разделены на 3 группы по 20 человек: УВ; комплекс АквТ и УВ; медикаментозное лечение.

Обследование проводилось с помощью аппаратно-программного комплекса «Физиоконтроль-Р», включающего, помимо психологического тестирования (тесты Спилбергера, САН, Люшера), кардиоинтервалографию для исследования вегетативной функции, исследование центральной и периферической гемодинамики.

Результаты. Анализ эффективности влияния методов реабилитации на фоне положительной динамики клинического состояния, данных психологического тестирования показал улучшение в отношении показателей гемодинамики:

- артериальное давление (АД) систолическое — уменьшение со 128,285 до 119,714 мм рт.ст., ср. квадратическое отклонение 4,577, средняя ошибка среднего 1,73, $p=0,003$;
- АД среднее — уменьшение с 96,286 до 91,143 мм рт.ст., ср. квадратическое отклонение 5,398, средняя ошибка среднего 2,04, $p=0,0045$;
- АД пульсовое — уменьшение с 64 до 57,14, ср. квадратическое отклонение 5,61, средняя ошибка среднего 2,12, $p=0,018$;
- АД диастолическое по Короткову — уменьшение с 84,571 до 80,2857 мм рт.ст., ср. квадратическое отклонение 4,82, средняя ошибка среднего 1,822, $p=0,057$.

Изучение результатов исследования в рамках второго фактора, названного «Вегетативная регуляция сердца», показало, что в исходном состоянии показатели variability ритма сердца — SDNN, CV, SI, а также ПАРС (показатель активности регуляторных систем) — достоверно отличались от нормы, что свидетельствовало о существенном ослаблении или напряжении адаптационных возможностей организма. После курса комплекса АквТ и УВ было отмечено улучшение симпато-вагального баланса — уменьшение ПАРС с $5,3 \pm 1,2$ до $4,0 \pm 0,5$ ($p < 0,01$).

Вывод. В результате воздействия комплекса УВ и АкТ было получено улучшение клинического и психоэмоционального состояния, а также, показателей состояния вегетативной нервной и сердечно-сосуди-