

ВЕСТНИК ФИЗИОТЕРАПИИ И КУРОРТОЛОГИИ

ТОМ 23

4.2017

(НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ)

Входит в перечень изданий, рекомендованной Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Учредитель и издатель:Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского»**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Главный редактор Н.Н. КАЛАДЗЕ

Зам. главного редактора В.В. ЕЖОВ

Отв. секретарь Н.А. РЕВЕНКО

Научный редактор Е.М. МЕЛЬЦЕВА

Н. Н. БОГДАНОВ (Ялта),
Н. П. БУГЛАК (Симферополь),
О.И. ГАРМАШ (Евпатория)
Т. Ф. ГОЛУБОВА (Евпатория),
Н. П. ДРИНЕВСКИЙ (Евпатория),
А. В. КУБЫШКИН (Симферополь),

Г. Н. ПОНОМАРЕНКО (Санкт-Петербург),
В. М. САВЧЕНКО (Ялта),
Л. Д. ТОНДИЙ (Харьков),
В. С. УЛАЩИК (Минск),
М. А. ХАН (Москва),
А. М. ЯРОШ (Ялта)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Л. Я. ВАСИЛЬЕВА-ЛИНЕЦКАЯ (Харьков),
А. А. КОВГАНКО (Ялта),
Е.А. КРАДИНОВА (Евпатория)
Л. А. КУНИЦЫНА (Ялта),
В. И. МАКОЛИНЕЦ (Харьков),
В.И. МИЗИН (Ялта)

Г. А. МОРОЗ (Симферополь),
В. С. ТАРАСЕНКО (Симферополь),
Н. А. ТЕМУРЬЯНЦ (Симферополь),
С. Э. ШИБАНОВ (Симферополь),
И. П. ШМАКОВА (Одесса),
М. М. ЮСУПАЛИЕВА (Ялта)

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

295007, Республика Крым,
г. Симферополь, просп. Академика
Вернадского, дом 4
Тел. +38 (6569) 3-35-71
E-mail: evpediatr@rambler.ru

Перерегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере связи, ин-
формационных технологий и массовых
коммуникаций (Роскомнадзор)
ПИ № ФС 77 – 61831 от 18.05.2015 г.
Основан в 1993 г.

Подписано в печать 30.09.2017.
Ф-т 60 x 84 1/8.
Печать офсетная. Усл. п. л. 11,5.
Тираж 500 экземпляров бесплатно.

Каталог «Роспечать»
Индекс 64970

Перепечатка материалов журнала не-
возможна без письменного разрешения
редакции.
Редакция не несет ответственности за
достоверность информации в материа-
лах на правах рекламы

Отпечатано в управлении редакцион-
но-издательской деятельности
ФГАОУ ВО «КФУ
им. В.И. Вернадского»
295051, г. Симферополь,
бульв. Ленина, 5/7
E-mail: io_cfu@mail.ru

КОРРЕКЦИЯ АДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ПОД ВЛИЯНИЕМ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НИЗКОГОРНОГО КЛИМАТОЛАНДШАФТОТЕРАПИИ

Н.П. Поволоцкая, А.В. Просольченко, В.Ф. Ренс, И.А. Сеник, В.В. Слепых, Ф.И. Текеева, М.А. Трубина, Е.Е. Урвачева

г. Пятигорск - г. Москва - г. Кисловодск, Россия

Цель. Разработка методики климатоландшафтотерапии (КЛТ) для больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) для коррекции уровня адаптации организма и повышения эффективности реабилитационного лечения. Материалы и методы. Обследовано и пролечено на низкогорном курорте 52 человека с СРК, которые были разделены на две репрезентативные группы: 1ЛГ принимала стандартный комплекс курортного лечения (СККЛ), 2ЛГ – в дополнение к СККЛ включала КЛТ. Оценка уровня адаптации организма (УАО) и динамика биологических ритмов (ДБР) методом факторного анализа выполнена на ДК НПФ «Динамика», показатели нейрососудистой реактивности (НСР) исследованы на УИ со съёмными датчиками АТТ-9508 фирмы Lutron Electronic (Тайвань) - 100% больным в начале и конце курса лечения. Ежедневно тестировались метеопатические реакции (МПР), САД, ДАД, ЧСС, Индекс Кёдо, при назначении климатоландшафтотерапии (КЛТ) использованы медицинский прогноз

погоды и результаты исследований фитонцидного режима, спектра частиц приземного аэрозоля и аэроионизации под кронами древесных растений курортного парка. Результаты и обсуждение. Как показал анализ полученных результатов, включение в СККЛ КЛТ (2ЛГ) способствовало повышению УАО у 92,3% (против 69,2% в 1ЛГ), росту показателей вегетативной регуляции на 15% (против 8%), нейругоморальной регуляции на 17% (против 9%); снижению скорости термолита на 0,041°C/c (против 0,022°C/c), росту скорости термогенеза на 0,0065°C/c (против 0,0037°C/c), уменьшению степени метеоэвасимости – 0,55 мпр/день (против 1,35 мпр/день) и повышению эффективности курортного лечения – улучшение у 100% (против 88% и 12% - без перемен). Выводы. Курортный этап реабилитации с использованием КЛТ приводит к положительной динамике исходно измененных показателей уровня адаптации организма и более высокой эффективности лечения.

БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ И ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ КРИТЕРИИ ВЫБОРА ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Ю.Н. Пономаренко, Т.Ф. Голубова, С.В. Власенко, А.В. Хацук, В.Н. Лукьяненко, Л.А. Богданова, Э.А. Османов

г. Евпатория, Республика Крым, РФ

Целью настоящего исследования стало изучение клинико-функциональных особенностей ходьбы у больных ДЦП, форма спастическая диплегия, выбор тактики терапии на основе полученных данных. Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 18 детей с ДЦП, форма спастическая диплегия. Контрольную группу составили 11 здоровых детей. Средний возраст пациентов составил 11±1,6 лет. Всем наблюдаемым детям проводилось обследование моторных функции с помощью шкалы клинического наблюдения ходьбы. Биомеханика ходьбы изучалась на аппаратно-программном комплексе «Видеоанализ-3D Биософт», Россия. Запись исследования локомоций осуществлялась по методике, разработанной специалистами ООО «Научно-медицинская фирма Биософт». Результаты и их обсуждение. В формировании патологического двигательного стереотипа у больных ДЦП, формой спастическая диплегия принимают участие несколько патологических факторов. Нередуцированные патологические тонические рефлексы формируют сгибательную, при активности лабиринтного тонического рефлекса или разгибательную (шейный симметричный тонический рефлекс) патологическую синергию нижних конечностей. Однако клинически не всегда удается определить группу мышц с преобладающей активностью, терапевтическое воздействие на которые позволило бы изменить патологический двигательный стереотип. Согласно данным, полученным при наблюдении за ходьбой пациентов с ДЦП, можно констатировать факт грубого нарушения физиологии ходьбы. Практически все пациенты передвигались с помощью приспособлений с приведенными и ротированными внутрь бедрами, сгибанием в коленных суставах опорой на передние отделы стоп, без переката. Результаты тестирования пациентов по шкале клинического наблюдения ходьбы показали низкий уровень общей устойчивости, удержания равновесия, только с помощью помощи рук или вспомогательных средств, а также неустойчивость при изменении положения тела. Походка характеризовалась нарушениями в начале движений, с наличием «пропульсий» и «ретропульсий», низким темпом ходьбы, неустойчивостью при ходьбе, с использованием вспомогательных средств. Полученные характеристики позволяют подтвердить особенности ходьбы - снижение устойчивости во время локомоции, патологическую перестройку фазы опоры, связанную с нарушенной регуляцией нервно-мышечного аппарата, нарушением координации движений, патологической установкой суставов, дефицитом мышечной функции. Выделение данных синдромов позволяет целенаправленно воздействовать на определенные мышечные группы с целью повышения эффективности проводимых реабилитационных мероприятий. Полученные

данные исследования, проводимые на комплексе биомеханики, позволяют объективно оценить выраженность патологических нарушений, детализировать изменения в структуре шага и оценить эффективность проведенного лечения. Электромиографические показатели характеризуют состояние мышцы в процессе ходьбы, ее активность во все периоды совершения шагового движения. Совокупность клинического и инструментального методов обследований позволяет выработать программу реабилитационных мероприятий и воздействовать на мышцы, определяющие патологический двигательный стереотип, что может значительно повысить эффективность реабилитационных мероприятий в целом. Детальная оценка активности каждой мышцы в отдельности и в совокупности активности мышечных групп во время ходьбы особенно важны при решении вопроса о применении различных инвазивных методов: ботулинотерапии, малоинвазивных хирургических вмешательств. Воздействие данных методов направленно на снижение патологической активности мышц, увеличение объема пассивных и активных движений за счет активации антагонистов. Поэтому выбор тактики терапии является важной задачей. Так как необоснованное снижение активности мышц может приводить к ухудшению двигательных возможностей пациента. Немаловажным является вопрос и выбора места приложения традиционных электростимулирующих методов лечения. При проведении электростимуляции мышц, активность которых является доминирующей в формировании патологии движения, будет способствовать закреплению двигательного стереотипа, ускорению развития ограниченных движений в суставах конечностей, развитию контрактур и деформаций, требующих применения оперативного лечения. Таким образом, детальная оценка передвижения ребенка больного ДЦП требует тщательного клинического осмотра с изучением степени активности патологических тонических рефлексов, мышечной силы антагонистов, объема ограничений движений в суставах конечностей с использованием традиционных шкал оценки показателей. Обязательным дополнением к оценке двигательного статуса ребенка является проведение исследования на аппаратно-программном комплексе. Данные, полученные с помощью цифрового анализа двигательной активности, позволяют оценить в цифровых показателях всю совокупность патологических изменений при выполнении шаговых движений с учетом активности конкретных мышц. Отсутствие данного комплекса исследований делает невозможным проведение реабилитационных мероприятий, направленных на развитие двигательных возможностей больного, выбора тактики лечения и может приводить к отрицательным эффектам.

ОЦЕНКА БЛИЖАЙШЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Е.Г. Семеняк, А.В. Курганова, Л.В. Елисеева

г. Евпатория, Республика Крым, РФ

Целью нашей работы было изучение клинико-функциональных показателей и оценки ближайшей эффективности санаторно-курортного лечения детей с заболеваниями органов дыхания и сопутствующей дискинезией желчного пузыря и желчных путей (ДЖП). Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением на этапе санаторно-курортного лечения находилось 96 детей 10-16 лет, с заболеваниями органов дыхания и сопутствующей дискинезией желчного пузыря и желчных путей (ДЖП). Дети были разделены на три группы. I группа - 47 человек, получавшие гидрокарбонатно-хлоридную натриевую минеральную воду «Евпаторийская» (скважина № 13, минерализация 3-5 г/дм³). II группа - 20 детей, получавшие гидрокарбонатно-хлоридную натриевую борную минеральную воду «Планета» (сква-

жина № 58, минерализация 3,8-4,5 г/дм³, специфический биологический активный компонент – ортоборная кислота). Сравнительная группа – без питьевого лечения составила 29 человек. Проведена перцентильная оценка данных физического развития, оценка функциональной адаптации (в том числе показателей периферической гемодинамики), показателей лабораторных данных крови, расчётных показателей («двойного произведения») (ДП), индекса иммунологической резистентности (ИИР), ультразвуковая холецистография. Комплекс восстановительного лечения включал: щадяще-тонизирующий двигательный и климатический режим, диету № 15 или № 5 (детям с дисфункцией жёлчевыводящих путей), ЛФК (групповым методом), ручной массаж воротниковой области, грудной клетки. Питьевое