

КУРОРТНЫЕ ВЕДОМОСТИ

НАУЧНО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЖУРНАЛ



ОБ ОТРАСЛЕВОЙ
СИСТЕМЕ МОНИТОРИНГА
В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ
СФЕРЕ

Академик А.Н. Разумов

СТР. 14

ТЕМА НОМЕРА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ОПОРЫ: МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И МЕТОДЫ КУРОРТОЛОГИИ

Объявлена премия за достижения в области менеджмента санаторных услуг
Российская неделя здравоохранения – 2021: итоги

Постковидный синдром: в центре внимания скелетно-мышечная боль
Кинезитерапия: лечение остеохондроза позвоночника



НАЦИОНАЛЬНАЯ КУРОРТНАЯ АССОЦИАЦИЯ

ОБЪЯВЛЯЕТ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТРАСЛЕВОЙ КОНКУРС ДЛЯ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ НА ПРЕМИИ

«ЗА ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛУГ»

«Санаторно-курортный комплекс – это не просто отрасль, не просто бизнес, это ещё и социальная составляющая, здоровье граждан России».

**Президент Российской Федерации
В.В. Путин**

Отраслевая премия Национальной курортной ассоциации – первый в России отраслевой общенациональный проект в области менеджмента качества санаторно-курортных услуг, в основу которого положены международные критерии.

Санаторно-курортное лечение в системе здравоохранения выполняет важную функцию оздоровительной и медико-психологической реабилитации пациентов и отдыхающих и включает несколько базовых составляющих: лечебно-оздоровительные услуги и реабилитация, услуги размещения, организации питания и досуга.

За свою продолжительную историю санаторно-курортный комплекс остается одной из важнейших составляющих, обеспечивающих здоровьесбережение граждан России.

Широко известные премии в области менеджмента качества, такие как Премия Правительства РФ в области качества, на международном уровне – Глобальная премия по качеству EFQM, Премия Деминга в Японии, Премия по качеству им. М. Болдриджа в США и другие.

Премии в области менеджмента качества – эффективный базовый инструмент роста конкурентоспособности экономики

в целом, включая санаторно-курортную отрасль.

Президент Российской Федерации В.В. Путин отмечает, что «сегодня роль санаторно-курортного комплекса по-прежнему высока в лечении самых разнообразных заболеваний, их профилактике, реабилитации больных и в целом в сохранении здоровья граждан России, их трудоспособности и активной жизни. При этом необходимость развития курортов не исчерпывается их медико-социальной значимостью, для многих городов, районов и даже регионов они могут стать основой для роста экономики, совершенствования транспортной инфраструктуры, сервисных услуг».

Повышение качества санаторно-курортных услуг через эффективный менеджмент – один из ключевых инструментов повышения конкурентоспособности, которое влияет на их востребованность российскими гражданами и зарубежными гостями и, как следствие, обеспечивает круглогодичное заполнение здравниц и

достижение высоких финансовых результатов. Независимая оценка системы менеджмента качества способствует привлечению инвестиций в санаторно-курортный комплекс и его устойчивому развитию.

Для развития конкурентоспособных российских здравниц, для эффективного использования уникальных природных рекреационных ресурсов, особенно в постковидный период, необходим системный подход к менеджменту качества санаторно-курортных услуг. На мировом рынке позиция бизнеса опирается и на то, что качество и конкуренция – синонимы.

Критерии конкурса служат основой менеджмента качества и опираются на:

- Приоритеты пациентов и отдыхающих.
- Удовлетворение их потребностей для достижения устойчивых результатов при оказании медицинской помощи.
- Причинно-следственные связи между всеми процессами санатория и полученными результатами.

- Возможность санаторно-курортных организаций быть конкурентоспособными и видеть будущее отрасли.

Лучшие мировые практики по оценке систем менеджмента качества вошли в основу конкурса на отраслевую премию Национальной Курортной Ассоциации.

Основные цели конкурса:

- поддержка санаторно-курортных организаций, активно внедряющих и применяющих в своей деятельности технологии системного управления качеством своих услуг для устойчивого долгосрочного развития;
- продвижение и внедрение пациенто- и риск-ориентированного мышления, культуры качества и инноваций в деятельность санаторно-курортных организаций для того, чтобы способствовать росту и процветанию санаторно-курортной отрасли России в целом.

Задачи конкурса:

- получение объективных и достоверных данных о функционировании санаторно-курортных организаций в соответствии с международно признанными моделями

систем менеджмента качества и критериями;

- широкое информирование профессионального сообщества о результатах независимой общественно-профессиональной оценки соответствия систем менеджмента качества санаторно-курортных организаций международно признанным критериям;
- содействие принятию решений пациентами и отдыхающими, крупными заказчиками санаторно-курортных услуг, а также инвесторами о выборе санаторно-курортной организации;
- создание открытой независимой площадки для общения, обмена опытом в области системного управления качеством санаторно-курортных услуг и медицинской помощи;
- распространение лучшего опыта и практик системного управления качеством санаторно-курортных услуг;
- расширение географии участников конкурса.

Конкурс будет проводиться ежегодно. Участие в конкурсе добровольное.

Финансирование конкурса осуществляется за счет средств бюджета конкурса, который формируется из организационных взносов заявителей.

В конкурсе могут участвовать санаторно-курортные организации различной ведомственной подчиненности и формы собственности – юридические лица, зарегистрированные в юрисдикции РФ и осуществляющие свою деятельность на российском рынке санаторно-курортных услуг не менее 3 лет.

Конкурс предусматривает

3 категории номинантов:

«Победитель» (1 премия);

«Лауреат», за выдающееся достижение по номинации ... (6 премий);

«Дипломант», за стабильный результат по номинации ... (10 премий).

Победители определяются на конкурсной основе жюри конкурса.

Организационно-техническое обеспечение конкурса осуществляет Национальная курортная ассоциация, при которой создан Оргкомитет.

Заявку на участие в конкурсе конкурсант заполняет на сайте

www.resort-awards.ru

Ответственный представитель Оргкомитета по взаимодействию с конкурсантами:

Матвеева Анна Васильевна.

Тел. +7 (905) 717 85 18,

e-mail: resort-awards@mail.ru

Прием заявок до 15.02.2022

Оценка участников до 15.04.2022

Церемония вручения на Всероссийском форуме «Здравница-2022»

Подать заявку на официальном сайте премии:

www.resort-awards.ru

УЧРЕДИТЕЛИ:

Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук.
Государственный комитет Российской Федерации по физической культуре, спорту и туризму.

ИЗДАТЕЛЬ:

Д.П. Демидов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

А.Н. Разумов, председатель (Президент Национальной курортной ассоциации, Московский НИЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы)
М.Н. Барыбкина (Всероссийский институт научной и технической информации РАН, Москва)
И.П. Бобровнический (Международный университет восстановительной медицины, Москва)
А.Б. Иванов (АО «СКО ФНПР «Профкурорт», Москва)
А.М. Ветитнев (Сочинский государственный университет)
Э.Г. Глубоковская (Госфума, Москва)
Л.Т. Гильмутдинова (Башкирский государственный медицинский университет, Уфа)
А.А. Зайцев (Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России)
Т.А. Ирисова (Российская международная академия туризма, Москва)
А.С. Кайсинова (Пятигорский НИИ курортологии ФМБА России)
Н.Н. Каладзе (Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь)
Э.З. Маев (Медицинский институт усовершенствования врачей ГОУ ВПО МГУПП, Москва)
Р.В. Петров (Президиум Российской академии наук, Москва)
Е.Л. Поважная (ЗАО «Группа компаний Медси», Москва)
Г.Н. Пономаренко (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург)
М.А. Хан (Московский НИЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы)



Журнал «Курортные ведомости» –

официальное издание Национальной курортной ассоциации

ПОДПИСНЫЕ ИНДЕКСЫ:

Почта России: П 3795. Подписка через агентства:
«Урал Пресс», «Информнаука», «Прессинформ».

РЕДАКЦИЯ:

Научный редактор – М.Н. Барыбкина

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ:

Тел.: (495) 961-42-41
E-mail: 9614241@gmail.com
Сайт: курортныеведомости.рф
Журнал зарегистрирован в Министерстве по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.
Свидетельство по №77-3488, регистрационный номер 004734.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

121170 Москва, а/я 133.
Тел.: (495) 961-42-41
Отпечатано в типографии «Медиаколог»
Москва, Сигнальный проезд, д. 19, site@mediacolor.ru

Ответственность за подбор и изложение фактов в подписанных статьях несут авторы, высказанные в статьях мнения могут не совпадать с точкой зрения редакции и редакционного совета и не налагают на них никаких обязательств. За содержание рекламной информации ответственность несет рекламодатель.

Обложка: ru.freerik.com

При перепечатке текстов, фотографий, результатов исследований, а также при цитировании ссылка на журнал обязательна.

СОДЕРЖАНИЕ

■ КОНФЕРЕНЦИИ, ВЫСТАВКИ, СОБЫТИЯ

Российская неделя здравоохранения – 2021: крупнейшее мероприятие достижений научной и практической медицины в год науки и технологий4

■ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Об отраслевой системе мониторинга в санаторно-курортной сфере (Разумов А.Н.)..... 14
Новый национальный стандарт России
на питьевые минеральные воды (Севастьянова Е.М.)..... 15

■ БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

Постковидный синдром: в центре внимания
скелетно-мышечная боль (Каратеев А.Е. и др.) 16
Противоболевые технологии в курортнологической практике (Валенкевич Л.Н. и др.) 20
Эффективность реокситерапии пациентов с дорсопатиями и остеоартритом,
перенесших коронавирусную инфекцию (COVID-19) (Орлова Е.В. и др.) 21
Курортное лечение при болезнях опорно-двигательного аппарата 22
Немедикаментозные технологии в профилактике и коррекции метеочувствительности
у пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (Уянаева А.И. и др.) 25
Реабилитация больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата
(Микутова Н.Ф., Тицкая Е.В.) 26
Применение физических факторов в реабилитации
после эндопротезирования коленного сустава (Колбахова С.Н. и др.) 27
Лечение плечелопаточного болевого синдрома в санатории (Никитин М.В. и др.) 28
Определение толерантности к физическим нагрузкам (Павлов В.И. и др.) 29
Лечение больных остеоартрозом
в центре реабилитации «Ключи» (Гриднева Т.Д., Добрынина А.Л.) 30
Сравнительный анализ методик лечения позвоночника в санатории (Ануфриев А.Ю.) 32

■ МЕТОДЫ КУРОРТОЛОГИИ

Роботизированная механотерапия в реабилитации пациентов
с остеоартритом (Орлова Е.В., Погонченкова И.В.) 33
Кинезитерапия и ее роль в реабилитации больных
остеохондрозом позвоночника (Куликов Н.Н. и др.) 34
Сухие углекислые ванны «Реабокс»
в программах постковидной реабилитации (Шакула А.В.) 38
Комбинаторика биотропных параметров магнитных полей
как следующая ступень в повышении клинической эффективности
систем комплексной магнитотерапии «Мультимаг» (Караваев В.М. и др.) 39
Коксартроз: лечение нейропатии у пациентов
с терминальной стадией (Пилюева А.В., Арьков В.В., Бадтиева В.А.) 40
Восстановление межпозвонковых дисков и профилактика дорсопатий
с применением аппаратов DRX9000 и DRX9500 (Головина Т.В., Пронин И.Н.) 41
Лечение пациентов с заболеваниями суставов и позвоночника
в санатории (Снадина Р.М., Снадина Л.В., Зиннатуллина Р.Р.) 42
Магнитоинфракрасная лазерная терапия в лечении больных
остеоартрозом (Ибрагимов Ф.И., Войтков А.И., Шамсутдинов З.В.) 43
Спрос на медицинские и профилактические методики будет расти 44

■ ДЕТСКАЯ КУРОРТОЛОГИЯ

Тепловидение: контроль эффективности лечения
реактивных артритов у детей (Колесов С.Н. и др.) 50

■ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Эфирные масла при пояснично-крестцовых
дорсопатиях (Агасаров Л.Г., Кончугова Т.В., Бокова И.А.) 52
Об опыте занятий скандинавской ходьбой у лиц,
перенесших COVID-19 (Богомолова М.М. и др.) 53
Современные тренды в санаторно-курортном лечении
и Wellness-индустрии (Машковский Е.В.) 54
Реабилитационный потенциал функциональной питьевой воды (Пикалов М.С.) 56
Бальнеокосметика на основе активных ингредиентов (Тубин Л.А., Меньшова В.В.) 57

■ ПИТАНИЕ В ЗДРАВНИЦАХ

Метаболическая профилактика преждевременного старения (Сергеев В.Н., Мусаева О.М.) 58
Молекулярный водород: польза и биологические эффекты
терапевтического газа H₂ (Медведев О.С., Иванова А.Ю., Куропаткина Т.А.) 59

■ КОНФЕРЕНЦИИ, ВЫСТАВКИ, СОБЫТИЯ 1, 2-я, 3-я и 4-я страницы обложки



Уважаемые читатели! Дорогие друзья!

*От всей души поздравляем вас
с Новым годом!*

Пусть наступающий Новый год
откроет новые возможности для
реализации ваших планов
и принесет счастье, здоровье
и благополучие
вам и вашим близким.

**Редакция журнала
«Курортные ведомости»**

До встречи в новом, 2022 году!

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – 2021: КРУПНЕЙШЕЕ МЕРОПРИЯТИЕ ДОСТИЖЕНИЙ НАУЧНОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ГОД НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

«...здравоохранение во многих ведущих странах – мы это хорошо знаем, собственно, они сами об этом говорят – не смогло так же эффективно, как это сделали мы в России, отразить вызовы эпидемии. Вместе с тем, это надо признать и видеть, мировое здравоохранение стоит на пороге настоящей революции. Мы не можем её пропустить. Эпидемия повсеместно и многократно ускорила внедрение телемедицины, искусственного интеллекта, новых подходов в диагностике, в проведении операций, реабилитации, в производстве лекарственных препаратов. И наша задача – поставить такие технологии на службу гражданам нашей страны...»

Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию 21 апреля 2021 года

2021 год объявлен Президентом РФ В.В. Путиным Годом науки и технологий. Вызовы пандемии, с которыми столкнулось человечество, остро обозначили колоссальную значимость данной сферы и способствовали выводу науки в ранг национальных приоритетов нашей страны.

Итоги года в области медицины подведены на Международном научно-практическом форуме «Российская неделя здравоохранения – 2021», который состоялся с 6 по 10 декабря 2021 года в ЦВК «ЭКСПОЦЕНТР» (Москва). Российская неделя здравоохранения вошла в план основных мероприятий по проведению в Российской Федерации Года науки и технологий в 2021 году (распоряжение Правительства РФ от 13.03.2021 № 605-р) и является одним из основных федеральных мероприятий года в области медицины.

Организаторами форума являются Государственная Дума Федерального Собрания РФ, Министерство здравоохранения РФ и АО «ЭКСПОЦЕНТР». Форум проводится при поддержке Совета Федерации Федерального Собрания РФ, Министерства промышленности и торгов-



ли РФ, Федерального агентства по туризму, под патронатом ТПП РФ.

В 2019 году в форуме приняли участие более 1 000 компаний из всех федеральных округов России и 40 стран на общей пло-

щади 50 тыс. кв. м – Армения, Венгрия, Германия, Испания, Италия, Китай, Малайзия, Республика Корея, Финляндия, Чехия представили масштабные национальные экспозиции. В рамках деловой программы было организовано более 100 крупных мероприятий. Форум посетили более 27 тыс. специалистов.

В 2020 году Российская неделя здравоохранения впервые состоялась в онлайн-формате. Участие в мероприятиях форума, объединившего около 16 тыс. профессионалов со всего мира, приняли 650 спикеров, в том числе ведущие эксперты из Германии, Испании, Казахстана, Китая, США и Украины.

ЭКСПОЗИЦИЯ

В рамках Года науки и технологий особое внимание было уделено поддержке научной деятельности, наставничеству и



трудоустройству молодых ученых-медиков и специалистов. На мероприятиях форума обсуждались тенденции развития мировой и отечественной медицины, одной из основных тем которого было противодействие новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

В выставках «Здравоохранение», «Здоровый образ жизни», «MedTravelExpo. Санатории. Курорты. Медицинские центры» приняли участие около 700 компаний из 25 стран: Австралии, Австрии, Азербайджана, Великобритании, Венгрии, Германии, Греции, Индии, Испании, Италии, Китая, Ливана, Литвы, Нидерландов, Польши, Республики Беларусь, Республики Корея, России, Сербии, США, Турции, Финляндии, Франции, Чехии, Японии.

Коллективными экспозициями были представлены Алтайский край, Республика Крым, Республика Татарстан, Ставропольский край, Владимирская, Волгоградская, Воронежская, Калужская, Костромская, Курганская, Московская, Нижегородская, Новосибирская, Орловская, Пензенская, Псковская, Самарская, Томская, Тульская, Тюменская, Челябинская, Ярославская области.

Новейшие медицинские технологии и инновационные разработки, а также услуги санаторно-курортной отрасли продемонстрировали ведущие российские и зарубежные производители: «Медицентр» (ГлавУпДК при МИД России), Самарский областной инновационно-образовательный общественный фонд «Знание», Туристский центр Алтайского края, Санкт-Петербургское агентство медицинского туризма, Медицинский научно-образова-



тельный центр МГУ им. М.В. Ломоносова, Министерство курортов и туризма Республики Крым, Координирующий центр по Федеральному проекту развития экспорта медицинских услуг ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, Агентство технологического развития Курганской области, Ассоциация санаторно-курортных организаций Республики Башкортостан, многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город», «Медлекс», «КронТ-М», «Вита-Пул», ТД «ЛИТ», «АМИКО», «Алмаз-Антей», «Швабе», С.П. ГЕЛПИК, «Инсайт», «Севкавентген», Ordamed, Lojer, Vogt Medical, Mindray, Sonoscape, Первая медицинская компания, «Вестмедгрупп», концерн «Аксион», «Медицинофф», «Белва», «Промет», «Базис Медикал», «Полимерные изделия», «AgatMed», Apexmed, CzechTrade, HEPA (Hungarian Export Promotion Agency) и многие другие.

На площадке форума «Российская неделя здравоохранения – 2021» работала ежегодная экспозиция «ФармМедПром», которая организуется под эгидой Минпромторга России.

На коллективном стенде была представлена продукция российских компаний – производителей лекарственных препаратов, медицинских изделий и оборудования, охватывающих широкий спектр терапевтических областей – анестезиологию, хронический и острый болевой синдром, гастроэнтерологию, гинекологию и андрологию, кардиологию, неврологию, инфекционные заболевания, пульмонологию, офтальмологию, неотложные состояния и др.

Также посетители смогли ознакомиться с медизделиями и оборудованием, применяемыми для борьбы с новой коронавирусной инфекцией. Среди них – медицинские защитные маски, современные





тест-системы, установки для обеззараживания воздуха и поверхностей помещений, наборы индивидуальной защиты, аппараты ИВЛ, облучатели-рециркуляторы воздуха.

ДЕЛОВАЯ И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА

В рамках подведения итогов Года науки и технологий в медицине ключевыми событиями научно-практической программы форума стали более 60 крупных мероприятий в разных областях здравоохранения.

Основные события деловой и научной программы форума:

- XIII Всероссийский съезд работников фармацевтической и медицинской промышленности;
- стратегическая сессия «Современная медицина: технологии постпандемии»;
- заседания профильных комиссий Минздрава России;
- междисциплинарный форум «Медицина молодая»;

- форум «Профилактический континуум»;
- конференция «Лекарственное обеспечение – 360 градусов»;
- XXXII Всероссийский форум «Обращение медицинских изделий в России»;
- Всероссийская конференция «Актуальные проблемы современной медицинской организации»;
- VI Всероссийская конференция «Формула успеха частной клиники»;
- круглый стол «Комплексная медицинская реабилитация детей, перенесших коронавирусную инфекцию»;
- XVI Международная научная конференция по вопросам состояния и перспективам развития медицины в спорте высших достижений «СпортМед-2021»;
- заседание Общественной комиссии при ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации»;

Дни медицинского и оздоровительного туризма (включали III Национальный конгресс экспорта медицинских услуг; II Научно-практическую конференцию памяти И.Л. Ланского «Экспорт медицинских услуг: проблемы и перспективы»; Global Medical Tourism Summit; International Medical Tourism Workshop; конференцию, посвященную 100-летию ФГБУ «НМИЦ реабилитации и курортологии» Минздрава России), по тематике «Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение после перенесенной новой коронавирусной инфекции: научные достижения и инновации»;

- конференция «Обеспечение безопасного микроклимата медицинских организаций инженерными системами в период COVID-19»;
- конференция «Как управлять современной клиникой эффективно»;
- конференция «Менеджмент в здравоохранении. Итоги-2021. Тренды-2022»;
- II Конференция «Мастерская персонального бренда врача»;
- семинар «Особенности проведения специальной оценки условий труда на отдельных рабочих местах медицинских работников»;
- сессия «Новые перспективы в венгеро-российском сотрудничестве по здравоохранению после пандемии COVID-19»;
- форум «Маркетинг как основа взрывного роста медицинского бизнеса. Истории успеха крупнейших компаний»;
- сессия «Медицинский переворот XXI века. Врач и пациент»;
- Международный конгресс по массажным технологиям Международного центра подготовки и развития массажистов;
- День Башкирии на выставке MedTravelExpo;



- презентация «Оздоровительные отели Азербайджана»;
- презентация «Воронеж – возможности мирового уровня для лечения и восстановления здоровья всего в 500 км от Москвы»;
- презентация курортного комплекса Riviera Wellness Resort (г. Белгород) и клиники превентивной и эстетической медицины «Эдельвейс» и другие мероприятия.

С целью содействия реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» на Российской неделе здравоохранения впервые прошли Дни медицинского и оздоровительного туризма.

III Национальный конгресс экспорта медицинских услуг организован Минздравом России, Координирующим центром ФП «Развитие экспорта медицинских услуг», Ассоциацией медицинского туризма и экспорта медицинских услуг. В мероприятии приняли участие руководители федеральных и региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, иностранных дел, руководители крупных медицинских центров, участвующие в реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг».

На секции «Скорая помощь и медицина катастроф», организованной Центром экстренной медицинской помощи ДЗМ, обсуждались вопросы совершенствования организации медицинской помощи на догоспитальном этапе пациентов с тяжелыми патологиями, перепрофилирования приемного отделения в условиях массового поступления пострадавших при ЧС в мегаполисе, достоинства, проблемы и перспективы санитарной авиации, последние изменения в законодательстве в области оказания первой помощи, организацион-

ные основы и задачи гражданской обороны на современном этапе и др.

На III Конференции «Аддитивные технологии для медицины: мировой и российский опыт» были обсуждены вопросы применения 3D-технологий для медицины: для рынка стоматологии, замещения тканевых дефектов, предоперационной подготовки и предварительного конструирования операций и для ортопедической обуви.

С целью популяризации нутрициологии в здравоохранении и в других сферах жизнедеятельности человека Союз экспертов здорового образа жизни «Национальный нутрициологический альянс» совместно с Международной академией нутрициологии (МАН) провели в рамках деловой программы выставки «MedTravelExpo. Санатории. Курорты. Медицинские центры» международный съезд, посвященный здоровому образу жизни и правильному питанию, «НутриМАния». Участие в мероприятии приняли представители здравоохранения, представители нутрициологического сообщества и ведущие лидеры мнений. По итогам пленарного заседания подписан ряд соглашений, направленных на совместную реализацию поставленных задач в рамках мероприятия.

В ходе презентации «Оздоровительные отели Азербайджана» были представлены уникальные возможности оздоровительных курортов, минеральных источников и нафталановой нефти.

Активно работала презентационная площадка выставки MedTravelExpo. 6 декабря на выставке прошел День Башкирии, организованный ассоциацией «Курорты Башкортостана» с участием руководителей ведущих санаторно-курортных комплексов Башкортостана, творческих коллекти-

вов, почетных гостей. В ходе мероприятия, в частности, состоялось награждение грамотами и подарками за вклад в развитие санаториев и курортно-оздоровительной отрасли Республики Башкортостан.

6 декабря начал работу XXXIII Всероссийский форум «Обращение медицинских изделий в России и ЕАЭС». Этот форум во многом символичен для всего рынка, так как проходит накануне перехода регистрации медицинских изделий на правила ЕАЭС с 1 января 2022 года. Во второй день состоялись семинары экспертов по диагностике in vitro и проведению испытаний in vivo в рамках новых правил ЕАЭС.

6 декабря на выставке «Здоровый образ жизни» прошла Всероссийская конференция «E-commerce в медицине: пошаговый план по работе с маркетплейсами». На конференции поставщики медицинских изделий, БАДов, спортивного питания и других товаров категории «Здоровье» получили знания о продажах с помощью маркетплейсов от экспертов рынка e-commerce и представителей самих маркетплейсов.

VI Всероссийская конференция «Формула успеха частной клиники» создана специально для руководителей частных медорганизаций, желающих увеличить количество постоянных клиентов клиники в 2022 году. Основные вопросы конференции: «Что ожидают пациенты от медпомощи и как меняется медрынок в условиях COVID-19 – свежие данные от РБК»; «Как использовать продуктовый подход в медицине, чтобы медуслуги были нужны пациенту и востребованными»; «Как перестать конкурировать с другими клиниками по цене и доступности, а найти своего клиента – приверженца бренда вашей медорганизации»; «Как повысить лояльность к клинике».





Первый день работы Российской недели здравоохранения завершился торжественной церемонией награждения победителей конкурсов «Литературные чтения врачей», «Медицина в объективе» и «Врачи поют» под названием «Медицина как искусство».

Одна из задач Года науки и технологий состоит в привлечении талантливой молодежи в сферу науки и технологий, поэтому междисциплинарный форум «Медицина молодая», прошедший 7 декабря, организованный Международным фондом развития биомедицинских технологий им. В.П. Филатова при поддержке профильных федеральных органов законодательной и исполнительной власти, союзов, ассоциаций и вузов, стал ключевым мероприятием Российской недели здравоохранения. Форум прошел в гибридном формате, что позволило обеспечить подключение к его сессиям более 60 региональных медицинских вузов России. На форуме обсудили основные вопросы государственной политики,

инвестиционного развития, кадрового потенциала, представили профессиональному сообществу разработки талантливых молодых ученых.

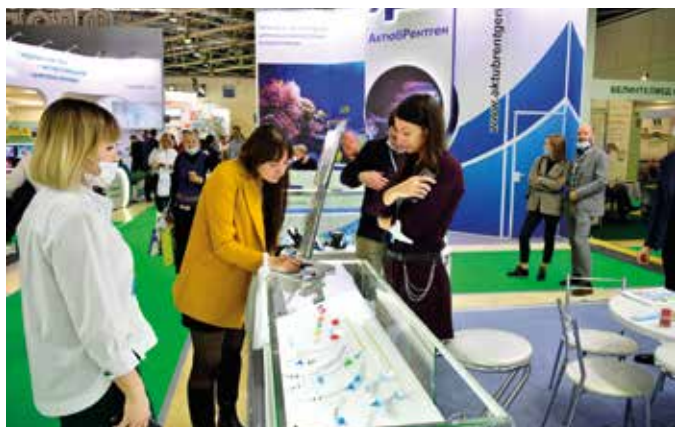
В рамках междисциплинарного форума «Медицина молодая» прошли II Международный междисциплинарный форум «Полипептидная терапия: новые возможности для России», форсайт-сессия «Вы нужны России: наставничество и трудоустройство молодых медицинских специалистов» и сателлитный симпозиум «Инновационные биотехнологии в антивозрастной медицине».

7–9 декабря 2021 года в онлайн-, офлайн- и гибридном форматах в рамках Российской недели здравоохранения состоялся III Научно-методический форум организаторов здравоохранения, организованный Департаментом здравоохранения города Москвы, НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы.

В офлайн-формате состоялось пленарное заседание «Постпандемия: новые векторы развития здравоохранения и здоровья». Основные вопросы пленарного заседания: «Какие уроки извлекли национальные экономики и системы здравоохранения в борьбе с новой коронавирусной инфекцией», «Какие глобальные тренды стали более реалистичны в условиях постпандемии», «Какие ценности постпандемической эпохи сформировались», «Как изменяется общественное здравоохранение в мире», «Какие ценности формируются в «здоровых городах», «Насколько оперативно научные достижения могут изменить клиническую медицину», «Как персонализация в медицине влияет на изменение облика системы здравоохранения».

В рамках сессий «Постпандемия: уроки и планы развития», «Здоровый город: новое качество жизни и здоровья», «Персонализация в медицине: наука для жизни» 7 и 8 декабря пройдут симпозиумы по терапии «Течение COVID-19 у пациентов с ХСН», акушерству и гинекологии «Оказание медицинской помощи беременным женщинам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19», гастроэнтерологии «Актуальность проблемы антибиотикоассоциированных поражений кишечника в сфере распространения новой коронавирусной инфекции», неотложной хирургической травматологической и нейрохирургической помощи детям «Актуальные вопросы организации оказания специализированной медицинской помощи детям с травматическими повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата в городе Москве» и пр.

7–8 декабря 2021 года в рамках деловой программы международной выставки MedTravelExpo прошло крупнейшее в России мероприятие по медицинскому и оздоровительному туризму II Global Medical Tourism Summit, организаторами которого второй год подряд стал Комитет по развитию туризма Санкт-Петербурга. Три десятка международных экспертов из России, Республики Беларусь, Казахстана, США, Китая и других стран обсудили развитие отрасли и возможности, которые открываются перед Российской Федерацией на глобальном рынке медицинского и оздоровительного туризма. За два дня саммита были освещены такие важные темы развития отрасли, как цифровизация в эпоху COVID-19, поддержка туроператоров по медицинскому туризму, маркетинг и брендинг территорий для медицинских туристов.



Первый день саммита завершится церемонией награждения лидеров рынка – финалистов Всероссийского конкурса по медицинскому туризму Med Travel Leaders по шести номинациям. Второй день саммита ознаменовался работой четырех комиссий по медицинскому туризму: по информационно-методической поддержке, международному маркетингу, по науке и образованию и по международным сервисным стандартам.

7–8 декабря специально для участников выставки «MedTravelExpo. Санатории. Курорты. Медицинские центры» с целью содействия реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» состоялся II International Medical Tourism Workshop с участием ведущих зарубежных и российских агентств медицинского туризма, заинтересованных в направлении пациентов на диагностику, лечение и оздоровление в российские медицинские организации. Итогом встреч-презентаций станет подписание соглашения о сотрудничестве по направлению на лечение медицинских туристов.

В зале «Стеклянный купол» состоялась II Научно-практическая конференция памяти И.Л. Ланского «Экспорт медицинских услуг: проблемы и перспективы», проведение которой в рамках Года науки и технологий на Российской неделе здравоохранения станет поистине знаковым для развития направления экспорта медицинских услуг России.

Для представителей частных и государственных клиник, желающих сделать свою медорганизацию востребованной и комфортной для пациентов и сотрудников, на форуме прошла VIII Всероссийская конференция «Актуальные проблемы современной медорганизации». Участники мероприятия обсудили, какие доступные

IT-решения и стратегии помогут упростить внутренние процессы медорганизации, внедрения телемедицины без стрессов и потерь, оказания медпомощи в условиях COVID-19.

В рамках выставки MedTravelExpo прошла конференция «Маркетинг как основа взрывного роста медицинского бизнеса. Истории успеха крупнейших компаний». В рамках конференции приглашенные спикеры обсудили возможности медицинского маркетинга, стратегии роста клиник, которые работали в 2021 году, маркетинговые технологии, которые необходимо внедрять в 2022 году.

В рамках форума состоялась стратегическая сессия «Современная медицина: технологии постпандемии», организованная Комитетом Государственной Думы ФС РФ по науке и высшему образованию, ГБУ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы. Обсуждались направления развития современной медицины в условиях пандемии. Опыт показывает, что устойчивая работа органов здравоохранения и сопротивляемость вызовам и кризисам возможны только на основе новых знаний и цифровых технологий. Тотальный переход к анализам больших данных и цифровизация помогают врачам разрабатывать и методически описывать наиболее эффективные схемы диагностики и лечения, профилактики и реабилитации, внедрять оптимальные принципы маршрутизации пациентов.

Символично, что 100-летний юбилей ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России), являющийся знаковым событием для

всей отрасли, отмечается в Год науки и технологий. 8 декабря в рамках научно-практической программы состоялось заседание, посвященное 100-летию ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России по тематике «Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение после перенесенной новой коронавирусной инфекции: научные достижения и инновации». Основные темы: «Инновационные технологии в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении пациентов, перенесших COVID-19», «Физиотерапевтическое лечение аносмии у больных, перенесших COVID-19», «Питание и нутритивная поддержка пациентов, перенесших COVID-19», «Комплексная программа восстановления после перенесенной новой коронавирусной инфекции», «Телемедицинские технологии в медицинской реабилитации пациентов после COVID-19», «Возможности санаторно-курортного лечения пациентов с мочекаменной болезнью, возникшей после перенесенной вирусной инфекции», «Влияние аквааэробики в бассейне с бромным хлоридным натриевым рассолом на восстановление функционального состояния организма пациентов с постковидным синдромом».

На форуме прошло заседание профильной комиссии по санаторно-курортному лечению Минздрава России и главных внешних специалистов федеральных округов по санаторно-курортному лечению, организованное ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России».

8 декабря традиционно прошли ежегодный научный форум «Стоматология-2021» и XXIII Научно-практическая конференция «Актуальные



аспекты патологии слизистой оболочки рта», посвященная 85-летию со дня рождения профессора Г.В. Банченко, форум «Профилактический континуум», посвященный вопросам укрепления общественного здоровья, медицинской профилактики, диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и вакцинации против новой коронавирусной инфекции», организованный ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России при поддержке Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний.

В рамках работы выставки прошли конференции «Лекарственное обеспечение – 360 градусов», «COVID-19 и трансформация системы закупок: как пандемия повлияла на рынок закупок лекарственных препаратов», «Рецепт по QR-коду: как внедрить и централизовать систему электронных рецептов?», «Разделение рисков. Система возмещения как эффективный подход к управлению лекарственным обеспечением».

Форум «SMM Day: эффективное продвижение клиник, санаториев и курортов» работал в рамках выставки MedTravelExpo. Основные темы форума: «Реальные кейсы клиник и санаториев по привлечению пациентов через соцсети», «Работа с блогерами и агентами влияния», «Контент и сервис как единые части стратегии развития медицинской организации», «Контекст или таргет, что выбрать владельцу бизнеса», «Как привлекать потенциальных клиентов и превращать их в реальных пациентов», «Воронка продаж медицинской организации», «Как выстроить интернет-маркетинг».

8 и 9 декабря в рамках деловой программы Российской недели здраво-

охранения – 2021 прошли конференции «Менеджмент в здравоохранении. Итоги-2021. Тренды-2022», «Как управлять современной клиникой эффективно» и семинар «Как открыть медицинский центр. Пошаговый план». Мероприятия предназначены для владельцев бизнеса, инвесторов, руководителей негосударственных и государственных медицинских организаций, главных врачей, коммерческих директоров, представителей медицинского сообщества.

XII Ежегодная общероссийская конференция «Частное здравоохранение: Эволюция», организованная ассоциациями частных клиник Москвы, Санкт-Петербурга и Нижнего Новгорода, Национальной ассоциацией негосударственных медицинских организаций при поддержке Минздрава России, предназначена для руководителей частных и государственных медицинских организаций, главных врачей, коммерческих директоров, маркетологов, представителей медицинского сообщества. В рамках конференции приглашенные спикеры обсудили реформу национальной системы здравоохранения, перспективы цифровизации медицинских услуг, а также традиционно поделились лучшими маркетинговыми практиками для привлечения пациентов и улучшения качества оказываемых услуг.

Впервые в рамках Форума состоялся форум «Аптека 4.0: инновации, технологии, стратегия будущего». Участники форума обсудили возможности внедрения технологий и инноваций нового аптечного рынка: фармацевтических средств и БАДов, косметических препаратов, спортивного питания, медицинских изделий для домашнего применения, средств по уходу, ортопедического оборудования, ас-

систивных технологий и пр.

9 и 10 декабря состоялась XVI Международная научная конференция по вопросам состояния и перспективам развития медицины в спорте высших достижений «СпортМед-2021». Организаторы конференции: Минздрав России, Минспорт России, ФМБА России, Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов (РАСМИРБИ), Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации ФМБА России, при поддержке и участии Олимпийского комитета России, Паралимпийского комитета России, Международной федерации спортивной медицины (FIMS), Европейской федерации ассоциаций спортивной медицины (EFSMA), Федерации ассоциаций спортивной медицины стран СНГ, Балтии и Грузии.

В рамках «СпортМед-2021» состоялась конференция по развитию спортивной медицины Совета при Президенте Российской Федерации по развитию физической культуры и спорта. Научная программа включала вопросы охраны здоровья спортсменов спортивных сборных команд страны, регионов и их ближайшего резерва, профилактики травм и заболеваний у спортсменов, диагностики и коррекции функциональных нарушений, фармакологической поддержки и спортивного питания, восстановления и реабилитации спортсменов, вопросы борьбы с применением допинга в современном спорте.

9 декабря в Мраморном зале Конгресс-центра прошел круглый стол «Комплексная медицинская реабилитация детей, перенесших коронавирусную инфекцию



(COVID-19)». Мероприятие организовано Министерством здравоохранения РФ, Департаментом здравоохранения города Москвы, кафедрой неврологии, физической и реабилитационной медицины детского возраста РУДН МИ ФНМО, Научно-практическим центром детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы, НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, НП «Национальная ассоциация специалистов по проблемам в области ДЦП», РОО «Национальная ассоциация детских реабилитологов» в партнерстве с АО «ЭКСПОЦЕНТР».

10 декабря в рамках Российской недели здравоохранения прошли заседание Общественной комиссии при ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, II Конференция «Мастерская персонального бренда врача». 15 экспертов по теме продвижения личного бренда, известных врачей и врачей-блогеров выступили и поделились опытом, как развивать свой бренд врача или руководителя, получить дорожную карту продвижения личного бренда врача.

Ежедневно работали секции Международного конгресса по массажным технологиям Международного центра подготовки и развития массажистов, в рамках которого в очно-дистанционном формате состоятся интерактивные выступления спикеров из разных стран мира, консультации по изучению программ дополнительного профессионального образования, повышения квалификации, а также программ переподготовки для специалистов санаторно-курортных организаций. С учетом



возможности практического внедрения в работу по медицинской и психологической реабилитации, санаторно-курортному лечению предлагается использовать экспресс-диагностику психоэмоционального состояния по авторской методике Влада Мельника «Неопсихосоматика» в сфере телесно ориентированных технологий.

В целях недопущения распространения заболевания новой коронавирусной инфекцией и в соответствии с п. 34 Указа Мэра Москвы от 08.06.2020 № 68-УМ «Об этапах снятия ограничений, установленных в связи с введением режима повышенной готовности» мероприятия Российской недели здравоохранения прошли в формате COVID-free.

В результате подведения итогов сделан вывод, что Международный научно-

практический форум «Российская неделя здравоохранения» – самый масштабный комплексный проект в области медицины и охраны здоровья, охватывающий практически всю отрасль, включая производство оборудования, науку и практическую медицину.

Основной целью проведения форума и входящих в него международных выставок «Здравоохранение», «Здоровый образ жизни», «MedTravelExpo. Санатории. Курорты. Медицинские центры» является содействие реализации национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография», «Туризм и индустрия гостеприимства», федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг», а также подведение итогов Года науки и технологий в медицине. ■



«ТАЛИЦА» -

УСТРОЙСТВО (БЮВЕТ) ДОЗИРОВАННОГО
ОТПУСКА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ,
В ТОМ ЧИСЛЕ МИНЕРАЛЬНОЙ

СОСТАВ ОБОРУДОВАНИЯ

- 1 - корпус;
- 2 - окно встроенное;
- 3 - окно, отдельно
расположенное;
- 4 - точка отпуска ручного
дозирования;
- 5 - точка отпуска
автоматического
дозирования;
- 6 - кнопка налива дозы;
- 7 - индикатор температуры;
- 8 - пластиковая
электронная карта;
- 9 - считыватель
электронной карты.



ВОЗМОЖНОСТИ ОБОРУДОВАНИЯ



ЭЛЕКТРОПИТАНИЕ - 230 В



ВОДОНАГРЕВАТЕЛЬ
РАЗБОРНОГО ТИПА,
НЕРЖАВЕЮЩАЯ СТАЛЬ



КОМПАКТНЫЕ
ГАБАРИТНЫЕ РАЗМЕРЫ



ПРОСТОТА
ОБСЛУЖИВАНИЯ



ЦИФРОВАЯ ИНДИКАЦИЯ
ТЕМПЕРАТУРЫ ВОДЫ



ПОДАЧА ВОДЫ:
- сеть водоснабжения;
- стандартная бутылка 19 л

Декларация о соответствии
ЕАЭС N RU Д-РУ.МЕ97.В.00070

ПРИМЕРЫ БЮВЕТОВ



ВОЗМОЖНОСТИ ОБОРУДОВАНИЯ



ОТПУСК ДОЗЫ В РУЧНОМ ИЛИ АВТОМАТИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ



НАГРЕВ ВОДЫ ДО ЗАДАННОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ



ПРОГРАММИРОВАНИЕ ОБЪЕМА ДОЗЫ



ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ ВОДЫ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ



ОХЛАЖДЕНИЕ ВОДЫ



ОТПУСК ДОЗЫ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ КАРТЕ



НАСЫЩЕНИЕ ВОДЫ УГЛЕКИСЛЫМ ГАЗОМ



ПРОГРАММИРОВАНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ВОДЫ

- профессиональное оборудование с продолжительным сроком службы;
- качественный монтаж и обучение Вашего персонала от «первых лиц»;
- техническую поддержку и ремонт в период всего срока службы в каком бы уголке России или ближнего зарубежья Вы не находились.

ООО «ТММ»

АДРЕС: 659322, АЛТАЙСКИЙ КРАЙ, ГОРОД БИЙСК,
УЛИЦА СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ, 1
ТЕЛЕФОН/ФАКС: +7 (3854) 30-59-96
ТЕЛЕФОН СОТ: +7 963 507 50 26
E-MAIL: mir_tmm@mail.ru
САЙТ: www.mir-tmm.ru

ОБ ОТРАСЛЕВОЙ СИСТЕМЕ МОНИТОРИНГА В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ СФЕРЕ



Разумов А.Н., академик РАН, профессор, доктор мед. наук, заслуженный деятель науки РФ, президент Национальной курортной ассоциации, президент ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения города Москвы

Для разработки и осуществления мер и механизмов действенной государственной санаторно-курортной политики, выбора и обоснования приоритетов в управлении развитием санаторно-курортной сферы, разработки целевых программ, принятия различных управленческих решений необходимы планомерные исследования процессов анализа и оценки ситуации современного состояния, а также перспектив развития санаторно-курортного комплекса России.

Целесообразно осуществлять сценарный анализ развития отрасли для выявления тенденций развития и оценки рисков. Для этого необходима информация, которая в состоянии адекватно отразить все стороны курортного дела как сложного общественно-экономического явления.

В качестве инструмента формирования комплексной аналитической информации о функционировании санаторно-курортной системы может рассматриваться система мониторинга, которая представляет собой процесс систематического сбора и обработки информации о санаторно-курортном комплексе. Данные, полученные в результате мониторинга, могут быть использованы для повышения обоснованности принятия решений, для информирования общественности и как инструмент обратной связи, позволяющий оценивать ход реализации программных документов.

Базовой основой системы мониторинга санаторно-курортного комплекса правомерно рассматривать ведение государственного реестра курортного фонда, функционирование которого выявило ряд принципиальных проблем – это существенная неполнота данных, вызванная недостоверностью полученных данных, непредставлением ведомствами и здравницами необходимой информации (немотивированность и незаинтересованность), использованием ограниченного числа (практически одного) источников информации и ограниченность и неинформативность состава системы показателей.

Показатели государственного реестра курортного фонда не ориентированы на принятие эффективных принимаемых решений, по которым выполняются действия, приносящие санаторно-курортной системе положительный результат и выработку адекватной санаторно-курортной политики государства. Ограниченное количество и неинформативность показателей реестра курортного фонда порождает его невостребованность и неэффективное использование.

Применительно к мониторингу санаторно-курортного комплекса необходимо обратить внимание на важность ежегодного формирования отчетности о заполняемости санаторно-курортных организаций в зависимости от сезонной загрузки для определения потребности в лечении и реабилитации социально незащищенных групп населения.

Главной целью мониторинга санаторно-курортной сферы является обеспечение органов государственной власти, ответственных за развитие курортного дела, необходимой и достоверной информацией, адекватно отражающей наиболее значимые параметры санаторно-курортного комплекса страны.

Основными задачами мониторинга санаторно-курортного комплекса являются:

- организация наблюдения, получение достоверной и объективной информации о процессах, протекающих в санаторно-курортных комплексах;
- оценка и системный анализ получаемой информации, выявление причин, вызы-

вающих тот или иной характер процессов в санаторно-курортных комплексах;

- обеспечение органов государственного управления и заинтересованных организаций, независимо от их подчиненности и форм собственности, граждан информацией, полученной при осуществлении мониторинга санаторно-курортного комплекса;
- разработка прогнозов развития санаторно-курортного комплекса;
- подготовка рекомендаций, направленных на преодоление негативных и поддержку позитивных тенденций в санаторно-курортном комплексе, доведение их до органов государственного, регионального и местного управления курортным делом.

При формировании информационной базы мониторинга санаторно-курортного комплекса необходимо опираться, во-первых, на существующую систему статистики с учетом ее возможной трансформации, а во-вторых, на данные, полученные по результатам мониторинга отдельных здравниц. Помимо системы государственной статистики и мониторинга здравниц необходимо использовать информацию специализированных систем (налоговой службы, ведомственной и др.). Одновременно помимо постоянной, базовой информации, характеризующей процессы состояния и развития, может возникать потребность в дополнительной уточняющей информации, для получения которой необходимы разовые обследования. Сложность создания системы мониторинга санаторно-курортного комплекса заключается в том, что нельзя подходить

к мониторингу догматически, на основе имеющихся схем, без должного осознания и осмысления его сущности, без учета особенностей конкретной отрасли. Именно многоплановость его применения и вызывает на сегодняшний день неоднозначность понимания, толкования, а отсюда – и его использование.

Для независимой оценки деятельности санаторно-курортных организаций и качества предоставляемых санаторно-курортных услуг целесообразно использовать Национальный потребительский рейтинг санаторно-курортных организаций, сформированный по данным портала <https://sanatoria.ru/> на основе отзывов потребителей. Этот рейтинг создан в 2003 году. Информация

по отзывам обновляется ежедневно (в режиме онлайн), всего собрано более 15 тыс. отзывов. Пользователи оставляют свои оценки по нескольким параметрам для максимальной точности (проживание, лечение, питание, сервис), также могут оставить комментарии и добавить свои фотографии. По мнению потребителей, лучшие санатории – это санаторий «Россия» (Белокуриха), санаторий «Русь» (Ессентуки), санаторий «Лаго-Наки» (Республика Адыгея). Для проведения отраслевого мониторинга санаторно-курортного комплекса необходимо создание специальной службы мониторинга, функционирующей на постоянной основе, которая бы осуществляла непрерывное наблюдение за состоянием

Факт

Данные, полученные в результате мониторинга, могут быть использованы для повышения обоснованности принятия решений.

санаторно-курортной системы. Ее организованность и действенность позволит заложить основу получения качественной информации о развитии важного сектора российского здравоохранения и способствует повышению эффективности управленческих решений в санаторно-курортной системе. ■

НОВЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИИ НА ПИТЬЕВЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

Севастьянова Е.М., ВНИИ пивоваренной, безалкогольной и винодельческой промышленности, филиал ФНЦ пищевых систем им. В.М. Горбатова РАН, Москва

Россия занимает лидирующее положение по разведанным запасам минеральных вод. Минеральные воды широко используются как в качестве пищевого продукта, так и в санаторно-курортной практике.

В последние годы население Российской Федерации все больше потребляет упакованную питьевую воду, в том числе и минеральную. За 2020 год в России (по данным Росстата) было выпущено 221,3 млн декалитров упакованной минеральной (столовой, лечебно-столовой и лечебной) воды.

С 1 января 2019 года вступил в действие Технический регламент Евразийского экономического союза «О безопасности упакованной питьевой воды, включая природные минеральные воды» ТР ЕАЭС 044/2017. В Техническом регламенте установлены нормы безопасности для всех видов минеральных вод, в том числе и столовых.

За период действия Регламента был выявлен ряд позиций, которые нуждаются в уточнении и корректировке.

Самые актуальные вопросы, требующие срочного решения, – это содержание марганца в лечебно-столовых и лечебных водах и оценка минеральных вод по показателям радиационной безопасности.

Установленная норма по содержанию марганца – 0,4 мг/л для лечебно-столовых и

лечебных минеральных вод – делает невозможным розлив железистых вод, так как в подземных водах там, где присутствует железо, всегда спутником является марганец.

Так же остро стоит вопрос о минеральных водах с повышенным содержанием радионуклидов. Работа по внесению изменений и уточнений в Регламент ведется, но процесс внесения правок и их согласование со странами-участниками Евразийского экономического союза очень длительный. В целях актуализации национальных стандартов требованиям технических регламентов был разработан новый национальный стандарт ГОСТ Р 54316-2020 «Воды минеральные природные питьевые. Общие технические условия». Стандарт распространяется на минеральные природные питьевые воды, как предназначенные для реализации потребителям, так и используемые в курортной практике для внутреннего употребления, и соответствует требованиям действующих технических регламентов (ТР ЕАЭС 044/2017, ТР ТС 022/2011, ТР ТС 021/2011, ТР ТС 029/2012, ТР ТС 005/2011).

В Регламенте были введены новые группы минеральных вод – фторидная и слабощелочная, но подтвержденных клинических данных о лечебном действии вод этих групп в России пока нет.

Основная особенность Регламента заключается в том, что в нем впервые введены показатели безопасности и требования, предъявляемые к минеральным водам, используемым в санаторно-курортной практике. В документ введены некоторые широко используемые термины и определения к ним, которые отсутствуют в действующих официальных документах (бальнеологическое и экспертное заключение, биологически активный компонент и т.д.). Показаны различия терминов «общая минерализация» и «сухой остаток» и правила их расчета и определения.

В связи с вышеизложенным принято решение о продлении переходного периода вступления Технического регламента ЕАЭС 044/2017 и ГОСТ Р 54316-2020 до 31 декабря 2021 года (решение Коллегии Евразийской экономической комиссии № 81 от 23.06.20). ■

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНАЯ БОЛЬ

Каратеев А.Е., доктор мед. наук, профессор, **Амирджанова В.Н.**, доктор мед. наук, **Алексеева Л.И.**, доктор мед. наук, **Погожева Е.Ю.**, канд. мед. наук, **Филатова Е.С.**, **Нестеренко В.А.**, канд. мед. наук, **Насонов Е.Л.**, НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой, **Лила А.М.**, доктор мед. наук, профессор, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва

Борьба с последствиями COVID-19 – заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2, является серьезной и весьма актуальной задачей, стоящей перед современной медициной. COVID-19 нередко имеет тяжелое течение и сопровождается полиорганным поражением, системным иммунным воспалением, коагулопатией, нейроэндокринными и метаболическими нарушениями.

Даже при относительно благоприятном течении последствиями инфекции SARS-CoV-2 могут стать дегенеративные изменения многих органов (легочный фиброз, кардиосклероз), различные функциональные и психоэмоциональные расстройства. Вследствие этого у 10–50% пациентов в течение длительного времени после стихания острых проявлений COVID-19 и элиминации вируса сохраняются различные неприятные симптомы. Данная патология обозначается как постковидный синдром (ПКС). Основными элементами ПКС являются хроническая боль, утомляемость и психоэмоциональные проблемы. Функциональные нарушения, аутоиммунные процессы и тяжелый психологический дистресс после перенесенного COVID-19 могут вызывать развитие и обострение заболеваний, характеризующихся хронической болью и утомляемостью, таких как фибромиалгия и синдром хронической усталости. Терапия и профилактика ПКС включают коррекцию функциональных нарушений, контроль боли, последовательную физическую, психологическую и социальную реабилитацию.

Продолжающаяся уже более года пандемия COVID-19 стала величайшим испытанием, выпавшим на долю современного поколения врачей. Уже сейчас популяционная распространенность инфекции SARS-CoV-2 достигает масштабов самой большой пандемии нового времени – испанки (1918–1920), вызванной вирусом гриппа H1N1 и приведшей к гибели более 17 млн человек. Без сомнения, эти грозные цифры заставляют считать борьбу с COVID-19, разработку действенных методов лечения и профилактики этой болезни приоритетными задачами для мировой медицинской науки.

COVID-19 – сложное, многоплановое и в ряде случаев весьма тяжелое заболевание. Вирус SARS-CoV-2 благодаря специальному S-гликопротеину («spike») связывается со своей основной «мишенью» – ангиотензинпревращающим ферментом 2 (АПФ2), который широко представлен на мембране многих клеток человеческого организма (прежде всего эпителиальных и эндотелиальных), затем с помощью трансмембранной сериновой протеазы 2 (TMPRSS2) проникает во внутриклеточное пространство и совершает цикл репликации, вызывая некробиотические изменения и последующую гибель зараженной клетки. Появление антигенов вируса и продуктов клеточной деструкции провоцирует системную реакцию иммунной системы с активацией клеток моноцитарномакрофагального ряда, Т- и В-лимфоцитов и волнообразно нарастающую продукцию цитокинов, таких как интерлейкины (ИЛ) 1, 2, 6, 8 и др., гранулоцитарно-макрофагальный фактор, фактор некроза опухоли (ФНО) α , интерфероны (ИФН) γ , α и β , различные хемокины.

Каскадная активация синтеза цитокинов и хемокинов, резко повышающая их концентрацию в плазме крови, при неблагоприятном течении болезни реализуется в виде цитокинового шторма. Некробиоз клеток эндотелиальной выстилки сосудов, связанный с цитопатическим действием SARS-CoV-2, фиксацией иммунных комплексов и активацией комплемента, вызывает распространенный васкулит, гиперпродукцию сосудистого эндотелиального фактора роста, активацию свертывающей системы и тромбоцитов. Данная патология проявляется острым воспалением сосудов различного калибра, локальными тромбозами, тромбоэмболиями и синдромом

диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Непосредственная вирусная атака, системная воспалительная реакция, нарушения микроциркуляции и тромбоэмболические осложнения приводят к поражению многих органов и систем. Кроме типичных для инфекции SARS-CoV-2 двусторонней пневмонии и острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), при COVID-19 развивается поражение сердечно-сосудистой системы (перикардит, миокардит, эндокардит, васкулит, тромбоэмболические осложнения), пищеварительной системы (желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени), почек, периферической и центральной нервной системы (ЦНС), скелетно-мышечной системы и др.

К сожалению, массивное разрушение высокодифференцированных клеток и организованного межклеточного матрикса, вызванное инфекцией SARS-CoV-2, иммунными, гипоксическими и микроциркуляторными нарушениями, а также пережитый дистресс (особенно при тяжелом течении болезни) даже при благоприятном завершении COVID-19 и полной элиминации вируса не могут пройти без последствий. В исходе болезни следует ожидать развития – в большей или меньшей степени – дегенеративных и дистрофических изменений, умеренных или выраженных нарушений функции органов и систем, а также психоэмоциональных проблем. Сохраняющийся в период реконвалесценции после перенесенного COVID-19 симптомокомплекс получил наименование «постковидный синдром» (ПКС) и кодируется по МКБ как «Состояние после COVID-19» (10 U09.9).

Неизбежным следствием вирусной пневмонии становится диффузный интерстициальный легочный фиброз,

распространенность которого определяется объемом разрушения легочной ткани и тяжестью сосудистых изменений. Принципиальную роль здесь играет гиперпродукция трансформирующего фактора роста β (ТФР- β), основного активатора фиброза, оказывающего противовоспалительное и иммуносупрессивное действие, стимулирующего пролиферацию и дифференцировку фибробластов, ускоряющего синтез коллагеновых волокон и подавляющего активность коллагеназ. Прогрессирование фиброзных изменений приводит к утрате существенной части активной альвеолярной ткани, снижению жизненной емкости и перфузионной способности легких, что обуславливает хроническую гипоксемию и гипоксию, а также нарастающее повышение давления в системе легочной артерии с развитием «легочного сердца». Фиброзные изменения также захватывают миокард. Причинами развития кардиосклероза могут быть непосредственный цитопатический эффект SARS-CoV-2, обуславливающий гибель кардиомиоцитов, связанная с блокадой S-белком вируса АПФ2 стимуляция ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, приводящая к вторичному гиперальдостеронизму; хроническая гипоксия; нарастание постнагрузки на правый желудочек при пневмонии и последующем развитии легочного фиброза, кардиотоксическое действие лекарств, которые применялись для терапии COVID-19 (таких как гидроксихлорохин и азитромицин). Кардиосклероз приводит к формированию дилатационной кардиомиопатии, снижению фракции выброса и развитию хронической сердечной недостаточности. Принципиальное значение в патогенезе нарушений микроциркуляции, возникающих после перенесенного COVID-19, придается последствиям системных тромбоэмболических осложнений.

Одним из частых висцеральных осложнений при тяжелом течении COVID-19 является поражение почек. Непосредственное цитопатическое действие SARS-CoV-2 на нефроциты, активация РААС, артериальная гипертензия, эндотелиальная дисфункция и тромбозы ренальных сосудов приводят к нарушениям функции почек вплоть до острой почечной недостаточности (ОПН). Согласно данным серии наблюдательных и когортных исследований, потенциально опасные реналь-

ные осложнения отмечались у каждого пятого пациента, госпитализированного по поводу COVID-19. У 3–4% больных развитие ОПН потребовало проведения гемодиализа. Исходом данной патологии может стать прогрессирующий нефросклероз с развитием или прогрессированием хронической болезни почек.

Принципиальную роль в развитии последствий инфекции SARS-CoV-2 играет повреждение периферических нервов и ЦНС. Вирус, учитывая широкую представленность АПФ-2 на мембране нейронов, может проникать в нервную ткань, распространяясь по организму как гематогенным путем, так и при помощи ретроградного аксонального транспорта. Вирусная и последующая аутоиммунная атаки могут приводить к развитию клинически выраженных форм моно- и полинейропатии, а также энцефалита. С данной патологией связывают, в частности, аносмию и агевзию – характерные ранние симптомы инфекции SARS-CoV-2. Около 10% больных имеют такие симптомы энцефалита, как стойкие головные боли, головокружение, слабость, сонливость и дезориентация. Развитие патологии периферической нервной системы и ЦНС также связано с системным васкулитом, тромбоэмболическими осложнениями на уровне мелких и крупных сосудов, дисбалансом РААС и системной гиперпродукцией цитокинов. Последствиями этого могут стать демиелинизирующие процессы, очаговые некрозы нейронов, функциональные сенсорные, нейромышечные и когнитивные нарушения.

Активная фаза COVID-19, особенно при тяжелом течении заболевания, нередко сопровождается нарушениями в психоэмоциональной и интеллектуально-мнестической сферах, отмечены нарушения сознания, депрессия, нарушение памяти – у 34,1%, инсомния – у 41,9%. У 65% пациентов, находившихся в критическом состоянии, развивались признаки делирия.

Серьезное значение в развитии последствий COVID-19 придается дисфункции вегетативной нервной системы, определяющей появление ортостатической гипотензии, тахикардии, чувства перебоев в сердце, головокружения и др.

В остром периоде COVID-19 подавляющее большинство пациентов отмечают боли в мышцах и суставах, мышечную

слабость и выраженную утомляемость. Патогенез данных проявлений болезни может быть связан с поражением мышечной ткани, вызванным иммунокомплексным воспалением, системными нарушениями микроциркуляции и тканевой гипоксией.

Некробиотические изменения миоцитов при COVID-19 подтверждает повышение уровня креатинфосфокиназы, аспартатаминотрансферазы и лактатдегидрогеназы. При критическом течении заболевания в качестве крайней степени поражения мышечной ткани описан рабдомиолиз, сопровождающийся тяжелой интоксикацией. Последствиями перенесенного COVID-19 являются рассеянный фиброз мышечной ткани, мышечная атрофия, а также нарушения нейротрансмиттерных процессов.

Еще одним осложнением инфекции SARS-CoV-2 могут стать эндокринные нарушения, в т.ч. острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Данный вирус обладает способностью оказывать прямое цитопатическое действие на клетки гипоталамуса, гипофиза и коры надпочечников. Некробиоз клеток эндокринной системы также вызывается васкулитом, гипоксией, системной воспалительной реакцией и вторичными аутоиммунными процессами. Относительная и абсолютная недостаточность коры надпочечников в период реконвалесценции может быть последствием предельно высокой синтетической активности симпатoadренальной системы при тяжелых формах COVID-19, особенно при развитии сепсиса или шокового состояния.

Молекулярная мимикрия вируса SARS-CoV-2 и мощный клеточный и гуморальный ответ макроорганизма на его репликацию вызывают серьезный дисбаланс в работе иммунной системы и формирование широкого спектра аутоантител. После перенесенного COVID-19 зафиксировано значительное повышение титра антинуклеарного фактора (АНФ), формирование антифосфолипидных антител, антинейтрофильных цитоплазматических антител, антител к Ro, ревматоидного фактора (РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду, антиэритроцитарных антител и др. Имеются доказательства того, что SARS-CoV-2 может стать пусковым моментом развития ряда аутоиммунных заболеваний, таких как синдром Гийена –

Барре, антифосфолипидный синдром, ревматоидный артрит (РА), болезнь Kawasaki, аутоиммунная гемолитическая анемия, сахарный диабет 1-го типа и др.

Клинические проявления ПКС: утомляемость и боль, миалгии и артралгии – относятся к числу характерных проявлений вирусной инфекции. Эти симптомы возникают у 50–90% больных в остром периоде COVID-19, при этом их частота и выраженность коррелируют с тяжестью течения заболевания и наличием стойкой фебрильной лихорадки.

В период реконвалесценции и элиминации вируса у многих пациентов остаются

предпосылки для хронизации ряда симптомов болезни, что связано с дегенеративными и воспалительными изменениями скелетно-мышечной системы, иммунными нарушениями, органическим повреждением периферической и центральной нервной системы, определяющими возможность развития периферической и центральной сенситизации, психоэмоциональными проблемами, а также висцеральной патологией, создающей серьезный коморбидный фон (рис. 1). Предварительная оценка показывает, что клиника «длительного COVID» отмечается примерно у 10% больных. В частности, наблюдение группы из 4182 па-

циентов с подтвержденным диагнозом COVID-19 показало сохранение симптомов после завершения острого периода болезни через 28 дней у 13%, через 8 недель – у 4,5%, через 12 недель – у 2,3% из них.

Клиническая картина анализировалась в среднем через 2 месяца после завершения острого периода COVID-19. Лишь 12,6% обследованных не предъявляли каких-либо жалоб, связанных с перенесенной болезнью. Артралгии отмечались у 27,3%, торакалгии – у 21,7%, миалгии – у 12% пациентов, утомляемость – у 53,1%, инсомния – у 43,4% реконвалесцентов.

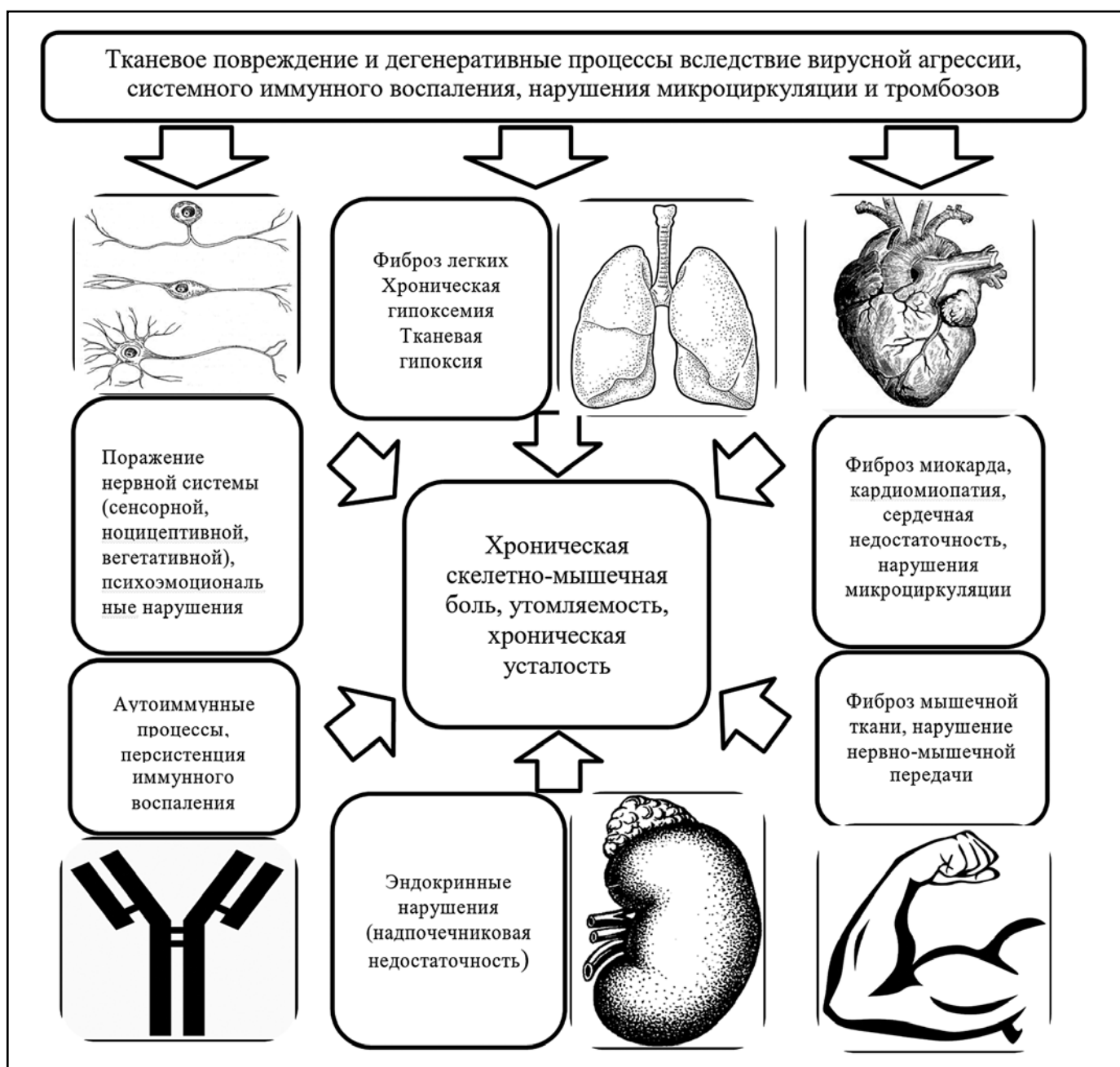


Рис. 1. Схема развития скелетно-мышечной боли после перенесенного COVID-19

Через 1–2 месяца после выписки скелетно-мышечные боли отмечались у 30% пациентов, проходивших лечение в отделении интенсивной терапии, и у 15% пациентов с более легким течением заболевания. Утомляемость как кардинальный симптом ПКС отмечалась у 72 и 65% обследованных лиц соответственно.

Ученые из США L. Jacobs и соавт. опросили 183 пациента, перенесших COVID-19. Опрос проводился через 35 суток после выписки из стационара. Согласно полученным данным, миалгии и повышенная утомляемость беспокоили 55% реконвалесцентов. В итоге утомляемость была зафиксирована у 23–80%, боли в суставах – у 9%, миалгии – у 5–43% реконвалесцентов.

Последствием COVID-19 может стать обострение уже имеющихся хронических заболеваний, которые проявляются скелетно-мышечной болью. Так, N. Attal и соавт. провели анализ состояния 50 пациентов с полиневропатией, радикулопатией, травмой спинного мозга и перенесенным инсультом, заболевших COVID-19. 49 из них перенесли инфекцию SARS-CoV-2 достаточно легко, и лишь 1 пациент погиб вследствие респираторных осложнений. Однако у всех выживших пациентов в период реконвалесценции отмечалось усиление невропатической боли.

Перенесенный COVID-19 может стать причиной развития или обострения фибромиалгии и синдрома хронической усталости (доброкачественный миалгический энцефаломиелит) – патологии, связанной с дисфункцией ноцицептивной и вегетативной нервной системы, для которой характерно наличие выраженной утомляемости, психоэмоциональных нарушений и хронической боли.

В настоящее время нет четких данных об увеличении частоты этих заболеваний у лиц, которые перенесли инфекцию SARS-CoV-2. С другой стороны, развитие ПКС, имеющего сходную клинику, может затруднять их своевременную диагностику.

Имеется еще один важный момент, который может способствовать формированию хронической боли в рамках ПКС. Значительная часть пациентов, перенесших COVID-19, испытывают проблемы в психоэмоциональной сфере. Это демонстрирует, в частности, работа Y. Lee с соавт., выполнивших метаанализ 65 исследований, в которых оценивалось психическое

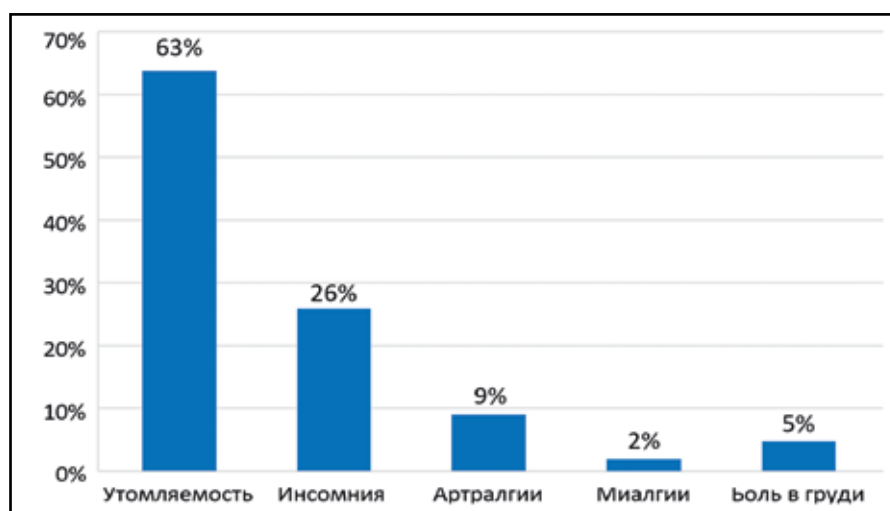


Рис. 2. Проявления постковидного синдрома – анализ состояния 1733 пациентов через 6 месяцев после перенесенного COVID-19 (адаптировано из статьи C. Huang и соавт.)

здоровье 97 333 работающих пациентов, перенесших COVID-19, из 21 страны мира. Согласно полученным данным, признаки депрессии были отмечены у 21,7%, тревожности – у 22,1%, посттравматического стрессового расстройства – у 21,5% пациентов.

Интересно, что инфекция SARS-CoV-2, несмотря на высокую иммуногенность вируса и значительную частоту артралгий, относительно редко сопровождается развитием истинного реактивного артрита. По всей видимости, первыми эту патологию описали в ноябре 2020 года S. Parisi и соавт. Они наблюдали пациентку 58 лет, у которой артрит голеностопного сустава развился через 25 дней после появления признаков COVID-19. Подтверждением этиологической роли SARS-CoV-2 стало отсутствие признаков других ревматических заболеваний (рис. 2).

На момент подготовки настоящей статьи в системе PubMed удалось обнаружить сообщения о 14 случаях артрита, возникшего после перенесенной инфекции SARS-CoV-2. Принципиальные подходы для профилактики и терапии ПКС состоят в том, что терапия ПКС должна носить персонализированный характер и определяться особенностями данного состояния у конкретного пациента – выраженностью висцеральной патологии (дыхательная и сердечная недостаточность, ХБП и др.), наличием признаков системной воспалительной реакции, болей в суставах и мышцах, выраженной утомляемости, проблем в интеллектуально-мнестической и психоэмоциональной сферах.

Возможно, в ближайшем будущем для патогенетической терапии ПКС будут применяться лекарственные средства, тормозящие развитие фиброза, а также препараты, подавляющие ауто-иммунное воспаление. Для некоторой части пациентов, особенно при наличии признаков надпочечниковой недостаточности, может оказаться полезным использование небольших доз глюкокортикоидов. При развитии мультисистемного воспалительного синдрома имеются показания для использования внутривенного иммуноглобулина, глюкокортикоидов, иммуносупрессивных препаратов и антикоагулянтов.

Стойкая скелетно-мышечная боль, в т.ч. вызванная обострениями хронических ревматических заболеваний и неврологическими нарушениями, а также реактивным постковидным артритом, требует назначения анальгетиков, а также антидепрессантов и антиконвульсантов.

Без сомнений, ведущее значение для борьбы с осложнениями COVID-19 имеет этапная система физической и психологической реабилитации, включающая дозированное повышение физической активности, аэробные упражнения, регулярные прогулки на свежем воздухе, психофизические занятия и контроль веса. Необходимы специальные образовательные циклы для пациентов, рациональная психотерапия и система социальной поддержки, особенно для пациентов со стойкими функциональными нарушениями и психоэмоциональными проблемами. ■

ПРОТИВОБОЛЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КУРОРТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Валенкевич Л.Н., доктор мед. наук, профессор, Рутгайзер Я.М., канд. мед. наук, Петрозаводский государственный университет, Белозерова М.П., Орлова Т.Н., санаторий «Марциальные воды», Республика Карелия

Одна из важнейших задач санаторно-курортного лечения – реабилитация пациентов с хроническим болевым синдромом при поражениях опорно-двигательного аппарата. Грязелечение считается одним из наиболее эффективных методов лечения болей при этих состояниях.

В исследованиях для характеристики боли как ощущения и ее эмоциональных компонентов использовался отечественный вариант Мак-Гиловского болевого опросника, для оценки «болевого поведения» при хроническом болевом синдроме – тест «Качество жизни» Кардиологического научного центра РАМН.

С помощью болевого опросника обследовано две группы больных остеохондрозом позвоночника: I – 80 больных, получавших лечение по традиционной методике (грязевые аппликации через день, 10 процедур), II – 51 больной, которых лечили интенсивной пелоидотерапией (грязевые аппликации 2 дня подряд с перерывом на третий день, 10 процедур), 27 больных остеоартрозом.

После заполнения опросников до и после лечения рассчитывался ряд параметров, характеризующих болевой синдром: индекс дескрипторов общий (ИДО) – количество выбранных слов определителей, индекс рангов общий (ИРО) – сумма рангов, присвоенных каждому из выбранных дескрипторов. В каждом наблюдении разность между исходным ИРО и ИРО после лечения характеризовала эффективность

противоболевого действия пелоидотерапии. Кроме того, рассчитывался коэффициент обезболивающего действия (КОД) как отношение эффективности действия к исходному ранговому индексу.

У большинства больных остеохондрозом позвоночника и деформирующим артрозом, получавших грязелечение по традиционной методике, был достигнут противоболевой эффект. Статистически достоверно после курса лечения снизились все показатели, характеризующие боль. Так, в группе больных остеохондрозом позвоночника ИРО снизился с 15,3 до 5,0, средняя эффективность лечения составила 9,1 ранга. Стойкий противоболевой эффект у больных остеохондрозом позвоночника был достигнут у 37,7% пациентов, средней выраженности в 45%, минимальный эффект в 11,2% наблюдений, не было эффекта у 5% больных.

С помощью анальгезиометрии была проконтролирована также эффективность грязелечения. В этой группе больных после лечения также статистически достоверно снизились параметры болевого синдрома: ИРО снизился с 16,4 до 5,1, средняя эффективность лечения составила 12,7 ранга, т.е. была выше аналогичного

показателя в группе больных, леченных по традиционной методике. Средний КОД в этой группе был значительно выше, чем в первой. Более высоким был процент больных с максимальной степенью обезболивания – 43,2%.

Таким образом, интенсивная методика грязелечения не уступает по эффективности традиционной методике. В то же время внедрение в практику этой методики позволяет сокращать сроки лечения в санатории до 15–16 дней вместо 24, что дает определенный экономический эффект, прежде всего для пациентов.

Анализ отдаленных результатов проведенного в санатории лечения больных остеохондрозом позвоночника с помощью теста «Качество жизни» выявил благоприятное влияние санаторного лечения на качество жизни больных через 8–14 месяцев. ИВШ снизился с 7,1 (до лечения) до 4,4 (после лечения). Существенно более высокой по ряду позиций стала высота профиля качества жизни больных после лечения по сравнению с исходным профилем.

Практическая значимость анальгезиометрии определяется возможностью:

- количественно характеризовать боли при поражении опорно-двигательного аппарата;
- контролировать анальгетический эффект лечебных технологий, сравнить между собой различные противоболевые методики;
- выделять градации противоболевого эффекта.

Таким образом, в настоящее время имеется возможность строго количественно контролировать противоболевой эффект различных методик пелоидотерапии в курортологической практике. Для изучения отдаленных результатов лечения целесообразно количественно оценивать качество жизни больных. ■



ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕОКСИТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ И ОСТЕОАРТРИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ (COVID-19)

Орлова Е.В., канд. мед. наук, Лямина Н.П., доктор мед. наук, Погонченкова И.В., доктор мед. наук, Ксенофонтова И.В., канд. мед. наук, Федосеева О.С., канд. мед. наук, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы

У пациентов с хронической болью в спине и суставах исследованы основные эффекты дыхательной терапии, основанной на кратковременном перемежающемся воздействии гипоксии (ReOxy-терапия, реокси-терапия): улучшение микроциркуляции, иммуномодулирующее и общеукрепляющее действие, повышение активности антиоксидантной системы и торможение деструкции соединительной ткани.

РeOxy-терапия – уникальная процедура, в ходе которой пациент дышит попеременно воздухом с повышенным и пониженным количеством кислорода для повышения выносливости сердечной мышцы и восстановления ресурсов организма.

Для оценки влияния курса реокси-терапии на выраженность болевого синдрома, функциональный, психоэмоциональный статусы и качество жизни пациентов с дорсопатиями и остеоартритом, переболевших COVID-19, в исследование были включены 6 медицинских работников (врачей и медицинских сестер, все женщины) в возрасте от 26 до 62 лет. Всем пациентам был поставлен диагноз: дорсопатия шейно-грудного, поясничного или крестцового отделов позвоночника, 5 из 6 – остеоартрит коленных или тазобедренных суставов. Всем медицинским работникам была диагностирована коронавирусная инфекция (COVID-19) легкой и среднетяжелой степени тяжести от 3

Для оценки влияния курса реокси-терапии на выраженность болевого синдрома, функциональный, психоэмоциональный статусы и качество жизни пациентов с дорсопатиями и остеоартритом, переболевших COVID-19, в исследование были включены 6 медицинских работников (врачей и медицинских сестер, все женщины) в возрасте от 26 до 62 лет. Всем пациентам был поставлен диагноз: дорсопатия разных отделов позвоночника.

до 24 недель назад. Курс реокси-терапии включал 8–10 процедур. Пациенту через маску подавалась в интервальном режиме гипоксическая (содержание кислорода FiO_2 10–15%, гипоксическая нагрузка) и гипероксическая газовая смесь (FiO_2 до 40%, восстановление) устройством ReOxy (Bitmos GmbH, Германия).

Гипоксическая нагрузка дозировалась строго индивидуально на основании результатов предварительного 10-минутного гипоксического теста, который проводился перед 1 и 4 процедурами (FiO_2 12–13%). Время 1–4 процедуры составля-

ло 30 мин, 5–10 процедуры – 40 мин (FiO_2 13–15%). Эффективность реокси-терапии оценивалась исходно и после окончания курса по динамике интенсивности болевого синдрома в суставах и спине по 100-мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ), функционального статуса по индексу Лекена (Lequesne), психоэмоционального статуса по шкале оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина и депрессии Бека.

В результате после окончания курса реокси-терапии болевой синдром в суставах и спине снизился на 44,2%. ■



Заключение

Гипоксическая нагрузка дозировалась строго индивидуально на основании результатов предварительного 10-минутного гипоксического теста.

После окончания курса реокси-терапии болевой синдром в суставах и спине снизился на 44,2%.

КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Каждый третий человек на Земле испытывает боль из-за проблем с позвоночником или суставами (ВОЗ, 2010). В России в структуре первичной инвалидности заболевания костно-мышечной системы занимают третье место, по числу случаев и продолжительности временной нетрудоспособности они находятся на втором месте.

Заболевания костей и суставов составляют половину всех хронических заболеваний у лиц в возрасте старше 65 лет. Поскольку эти болезни напрямую не угрожают жизни, а многие из них – это как бы естественная составляющая часть старения людей, внимание к ним не только со стороны врачей, но и самих пациентов явно недостаточное. Между тем заболевания опорно-двигательного аппарата – это не только ограничение мобильности, но и почти постоянные некупируемые боли, что значительно снижает качество жизни и заставляет больного постоянно принимать лекарства, чаще всего нестероидные противовоспалительные препараты, которые наряду с положительным действием нередко приводят к возникновению серьезных осложнений (поражение желудочно-кишечного тракта, гематологические осложнения, дерматит, «аспириновая» бронхиальная астма, др.).

Санаторно-курортное лечение при болезнях опорно-двигательного аппарата не является панацеей, однако может перевести воспалительные заболевания суставов в стадию стойкой ремиссии и существенно затормозить процесс развития дегенеративных и аутоиммунных заболеваний.

Природные лечебные факторы: солнце, воздух, минеральные воды и лечебные грязи – при заболеваниях костно-мышечной системы оказывают выраженное и длительное лечебное действие и вместе с тем лишены побочных эффектов.

Основные методы санаторно-курортного лечения при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: грязелечение, терапия нафталаном, бальнеотерапия сероводородными, радоновыми, йодобромистыми и соляными водами, гидротерапия, псаммотерапия, термотерапия (озокерит, парафин), криотерапия, акупунктура, гидротерапия, методы аппаратной физиотерапии и лечебной гимнастики.

Все методы санаторно-курортного лечения при болезнях опорно-двигательного аппарата назначают индивидуально, с учетом особенностей клинического течения заболеваний костно-мышечной системы, показателей физического развития, сопутствующих заболеваний и толерантности сердечно-сосудистой системы к физической нагрузке.

Грязелечение является ведущим методом санаторно-курортного лечения при болезнях опорно-двигательного аппарата, в том числе при воспалительных и дегенеративных заболеваниях суставов. Лечебные грязи применяют в виде традиционных и тонкослойных грязевых аппликаций на область больных суставов, электрогрязелечения (гальваногрязь, ДДТ-грязь, СМТ-грязь и др.), электрофореза жидкой фракции грязи и грязевых препаратов. Для грязелечения используют сульфидно-иловые, сапропелевые, торфяные, сопочные, гидротермальные грязи. Лечебное действие грязей складывается из механического, термического и химического воздействий. Входящие в состав лечебных грязей микроэлементы, витамины, аминокислоты, гормоны, природные антибиотики, ферменты проникают через кожу и слизистые оболочки и оказывают положительное влияние на функциональное состояние тканей в месте воздействия, а также нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой и других систем организма.

Эффекты грязелечения: десенсибилизирующий, иммунокорригирующий, противовоспалительный, трофический, анальгезирующий, восстанавливающий подвижность суставов, предотвращающий прогрессирование процесса. Длительность анальгетического эффекта составляет 3–6 месяцев.

При заболеваниях опорно-двигательного аппарата на курс лечения назначают 7–10 грязевых процедур. По сложившейся традиции санаторно-курортного лечения

в России грязевые процедуры назначают чаще всего через день, чередуя их с минеральными ваннами. При ревматоидном артрите грязелечение применяют спустя 6–8 месяцев по окончании острых и подострых явлений, по щадящей методике, а при поражении клапанного аппарата сердца не ранее, чем через 10–12 месяцев по стихании острых или подострых воспалительных явлений. Грязелечение в виде грязеразводных ванн с минеральными водами (разведение 1:1; 1:2 или «грязевые болтушки») и тонкослойных грязевых аппликаций является методом выбора у больных с болезнями опорно-двигательного аппарата и с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Эти процедуры назначают ежедневно, что дает возможность принять весь курс грязелечения за 14 дней.

Сероводородные (сульфидные) воды в виде местных и общих ванн, орошений, душей показаны при ревматоидном артрите в неактивной стадии или при минимальной активности, а также при дегенеративных и обменных заболеваниях позвоночника и суставов. Сероводород резко изменяет периферическое кровообращение, что проявляется «мажестинской реакцией» – выраженным покраснением кожи. При этом улучшается кровообращение и обменные процессы в коже и подлежащих тканях, в том числе в мышцах, суставных сумках, хрящах. Сероводород усиливает действие теплового фактора лечебных ванн, повышая поглощение кислорода, что в сочетании со стимуляцией кровоснабжения тканей и повышением ферментативной активности активизирует репарацию тканей, регенерацию периферических нервов, ускоряет заживление костных переломов, упорядочивает структуру коллагеновых волокон в рубцах, повышая их растяжимость и эластичность.

Эффекты сульфидных (сероводородных) ванн и бальнеотерапии: десенсиби-

лизирующий, иммунокорригирующий, противовоспалительный, трофический, анальгезирующий, восстанавливающий нарушенные функции суставов, предотвращающий прогрессирование процесса. Длительность анальгетического эффекта составляет 3–6 месяцев. Доказано выраженное обезболивающее действие сероводородных ванн у пациентов с остеоартрозом, ревматоидным артритом, фибромиалгией, анкилозирующим спондилитом, болью в спине.

На курс лечения в условиях санатория при болезнях опорно-двигательного аппарата назначают 8–12 процедур, которые проводят через день или два дня подряд с перерывом на третий день. Местные сероводородные ванны 2- и 4-камерные (для рук и ног) назначают больным со снижением функциональных резервов сердечно-сосудистой системы.

Радоновые воды эффективны при аутоиммунных заболеваниях опорно-двигательного аппарата (ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева), а также при воспалительных и дегенеративных заболеваниях суставов. Радоновые воды применяют в виде радоновых ванн, орошений, в лечебных бассейнах.

Эффекты радонотерапии: десенсибилизирующий, противовоспалительный, трофический, анальгезирующий, восстанавливающий нарушенные функции суставов, предотвращающий прогрессирование процесса.

Обезболивающий (анальгезирующий) эффект радонотерапии нарастает в течение 3 месяцев и сохраняется до 6–9 месяцев после санаторно-курортного лечения. Риск неблагоприятного влияния радона на здоровье при санаторно-курортном лечении не доказан, а экономическая эффективность превышает таковую при терапии нестероидными противовоспалительными препаратами.

На курс лечения назначают 8–12 радоновых ванн и других лечебных процедур с радоновыми водами, которые проводят ежедневно или через день. Повторные курсы радоновых ванн проводят через 6–12 мес.

Хлоридные натриевые воды применяют при воспалительных и дегенеративных заболеваниях суставов. Соляные ванны при заболеваниях опорно-двигательного аппарата способствуют улучше-



нию микроциркуляции и трофики тканей, устранению гиперкоагуляции крови, нормализации иммунологических процессов, снятию болевых ощущений в суставе, оказывают противовоспалительное действие, что делает хлоридно-натриевые ванны незаменимыми при подостром артрите. Усиливая кровообращения и обмен веществ в коже и подлежащих тканях, соляные воды оказывают общеукрепляющее и тонизирующее действие, оказывают возбуждающее воздействие на центральную нервную систему, что приводит к улучшению настроения, повышению работоспособности.

Ванны с морской водой по механизму действия аналогичны хлоридным натриевым водам, могут быть базовой терапией при заболеваниях костно-мышечной системы. Морские купания – один из действенных методов комплексной санаторно-курортной терапии, применяются с лечебной, тренирующей и закаливающей целью (июнь – сентябрь) при температуре воды не ниже 22 °С при волнении моря не выше двух баллов. Курс морских купаний следует начинать с коротких 3–5-минутных купаний в море, с последующим увеличением продолжительности до 10–20 минут. Для детей талассотерапию целесообразно начинать с обтираний и обливания морской водой, переходя к морским купаниям.

Эффекты соляных и морских ванн: десенсибилизирующий, противовоспалительный, трофический, анальгезирующий.

На курс лечения назначают 8–12 процедур, которые проводят ежедневно или через день.

Йодобромистые воды, содержащие не менее 10 мг/л йода и 25 мг/л брома, чаще всего хлоридного натриевого состава, показаны при сочетании артрозов, артритов и других болезней костно-мышечной системы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, эндокринными дисфункциями, нарушениями обмена веществ. Благодаря седативному эффекту брома ванны полезны пациентам, страдающим эмоциональной неустойчивостью, бессонницей и тревожностью. Ванны показаны больным с легкими формами ревматоидного артрита, при острой стадии подагрического артрита, анкилозирующем спондилоартрите с минимальной активностью процесса. Курс лечения в условиях санатория: 10–12 ванн, ежедневно или через день.

Эффекты йодобромистых ванн: десенсибилизирующий, иммунокорригирующий, противовоспалительный, трофический, анальгезирующий.

Для бальнеотерапевтических процедур при болезнях опорно-двигательного аппарата применяют также кремнистые, азотно-кремнистые и другие минеральные воды.

Нафталанотерапия в виде нафталановых ванн общих и локальных (для рук или ног) у больных с поражением опорно-двигательного аппарата улучшает кровообращения и трофику суставного хряща и мягких тканей, ускоряет регенерацию поврежденных нервов, повышает порог болевой чувствительности, улучшает подвижность суставов. Процедуры проводят ежедневно, на курс лечения используют 10–15 процедур.



Эффект нафталанотерапии: десенсибилизирующий, иммуномодулирующий, болеутоляющий, противовоспалительный, репаративный.

Гидротерапия при заболеваниях суставов: лечебные души (струевой, дождевой, Шарко, подводный душ-массаж), ванны (общие, двух-, четырех-камерные). Температура воды используется индифферентная (34–35 °С) или теплая (36–37 °С). Под влиянием термического раздражения в организме усиливаются обменные процессы, увеличивается скорость течения биохимических реакций, микроциркуляция. В результате снижается мышечный тонус, уменьшается боль, создаются благоприятные условия для разработки суставов. При добавлении в пресные ванны различных отваров трав или активных веществ получается дополнительный лечебный эффект, который помогает улучшить подвижность суставов и уменьшить болевой синдром.

Методы аппаратной физиотерапии повышают общую эффективность санаторно-курортного лечения при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. В зависимости от выраженности болевого синдрома и экссудативных проявлений применяют ДУФ-облучение, индуктотермию, ДМВ-терапию, ультразвуковую терапию и фонофорез гидрокортизона, а также электрофорез различных препаратов и другие физиотерапевтические методы.

Криотерапия общая и локальная находит все большее применение при лечении болевого синдрома при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. При воздействии сверхнизких температур (криосауна) у человека вначале возникает чувство холода, затем жжения и покалывания, далее боль, которая сменяется анальгезией и анестезией. При непереносимости холода нередко назначают криомассаж. Своеобразная «тренировка» сосудов при локальном холодовом воздействии улучшает кровообращение, питание и оксигенацию всех тканей. Криотерапия оказывает обезболивающий, противовоспалительный, сосудорасширяющий, миорелаксирующий и иммуностимулирующий эффект. Применение криотерапии предотвращает обострения и рецидивы многих хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата, снижает необходимость приема анальгетиков, улучшает биомеханику движений в суставах, что позволяет вести более активный образ жизни.

Иглорефлексотерапия (иглоукалывание) оказывает нормализующее влияние на весь организм в целом и может быть назначена как часть реабилитационной программы при жалобах на боль в спине и суставах. Акупунктура облегчает боль, снимает напряжение, улучшает трофику тканей.

Лечебная гимнастика – один из ведущих методов реабилитации больных

артритом. Однако очень важно разработать индивидуальную программу с дозированной нагрузкой на пораженные суставы и позвоночник. Комплекс лечебной физкультуры, разработанный физиотерапевтом и инструктором ЛФК санатория, станет ведущим методом реабилитации в посткурортном периоде.

В комплекс санаторно-курортного лечения при заболеваниях опорно-двигательного аппарата могут быть включены и другие методы реабилитации.

Показания к санаторно-курортному лечению при болезнях костно-мышечной системы:

- Артропатии, ревматоидный артрит (M02–M08)
- Подагра (M10)
- Артрозы (M15–M19)
- Поражение связок (M24.2)
- Повторяющиеся вывихи и подвывихи сустава (M24.4)
- Контрактура сустава (M24.5)
- Сколиоз (M41)
- Болезнь Бехтерева (спондилоартрит анкилозирующий) (M45)
- Остеохондроз позвоночника (M42)
- Миозит (M60)
- Энтезопатии (M75–M77)
- Остеопороз (M81)
- Состояния после переломов (M84)
- Остеомиелит (M86)
- Пороки развития костно-мышечной системы (Q65–Q79)
- Последствия травм верхней и нижней конечностей (T92–T93).

Противопоказания к санаторно-курортному лечению при заболеваниях костно-мышечной системы:

- суставная и суставно-висцеральная формы ревматоидного артрита в острой фазе или при обострении процесса, умеренная и высокая степень активности;
- артрит с явлениями амилоидоза внутренних органов;
- гормональная терапия в период предполагаемого санаторно-курортного лечения;
- общие противопоказания, исключающие направление больного на курорт. ■

По материалам: Маньшина Н.В. Курортология для всех. За здоровьем на курорт. – М.: Вече, 2007. – 592 с.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Уянаева А.И., канд. мед. наук, Погонченкова И.В., доктор мед. наук, Тупицына Ю.Ю., Львова Н.В., канд. мед. наук, Ксенофонтова И.В., канд. мед. наук, Лямина Н.П., доктор мед. наук, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы

Среди важных причин, ведущих к нарушению гомеостаза, особое место принадлежит погодно-климатическим факторам, которые при определенных условиях могут привести к нарушению нормального течения адаптационных механизмов и формированию повышенной метеочувствительности.

Последние отягощают течение имеющихся заболеваний и нарушают функционирование различных систем организма, что диктует необходимость раннего выявления метеочувствительности и проведения профилактических и лечебных мероприятий с целью предупреждения или уменьшения выраженности возникающих патологических реакций.

Проведены наблюдения по выявлению наиболее биотропных внешних факторов, формирующихся в Московском мегаполисе, и научное обоснование метеокорректирующей эффективности немедикаментозных методов в программах лечения и реабилитации пациентов с заболеваниями суставов.

В исследование были включены 144 пациента с установленным диагнозом остеохондроз/остеоартрит различных локализаций, в том числе и после тотального эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов, которые были разделены на две сопоставимые группы и получали общие радоновые ванны в сочетании с ЛФК и процедуры локальной криотерапии и ЛФК.

Повышенную метеочувствительность изучали с помощью анкет, которые состояли из трех блоков: вопросы по акклиматизации, метеочувствительности, биоритмам. Дневники самонаблюдения, заполняемые пациентами, сопоставлялись с ежедневными медико-метеорологическими прогнозами. Психологическое обследование проводилось с помощью тестов САН, СМОЛ и НАДС.

Повышенная метеочувствительность разной степени выраженности была выявлена у всех пациентов.

Эффективность общих радоновых ванн и процедур криотерапии подтвердилась положительной динамикой клинических симптомов и отчетливым регрессом метеопатических реакций у 79% пациентов после курса общих радоновых ванн и у 77% после процедур локальной криотерапии, причем процедуры криотерапии способствовали снижению тяжелых проявлений метеопатологии с 14,3 до 8,3% и улучшению психоэмоционального состояния по показателям тестов САН и СМОЛ, что может стать методом выбора при невозможности применения радонотерапии.

В результате проведенного исследования установлено, что в условиях климата московского региона формирование биотропных погодных условий спастического (44,4%) и гипоксического (39,9%) типов погоды является фактором риска и способствует учащению, утяжелению проявлений метеопатологии и развитию погодообусловленных обострений.

Применение общих радоновых ванн и процедур локальной криотерапии является патогенетически обоснованным и может быть использовано как для реабилитации, так и для профилактики метеобусловленных обострений у пациентов с заболеваниями суставов. ■

Заключение

Эффективность общих радоновых ванн и процедур криотерапии подтвердилась положительной динамикой клинических симптомов и отчетливым регрессом метеопатических реакций у 79% пациентов после курса общих радоновых ванн и у 77% после процедур локальной криотерапии.



РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Мирютова Н.Ф., доктор мед. наук, Тицкая Е.В., доктор мед. наук, Сибирский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства, Томск

Заболевания опорно-двигательного аппарата занимают одно из ведущих мест в общей структуре заболеваемости. Частые перегрузки в социально-производственной сфере приводят к нарушениям функциональной активности позвоночника и суставов.

В свою очередь ограничение объема движений в суставах позвоночника и конечностей ухудшает гемодинамическую и трофическую ситуацию в пораженном регионе, способствует формированию многочисленных осложнений, длительной персистенции заболеваний, сокращению сроков ремиссии, что определяет важность своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий, особенно с использованием преформированных физических и природных факторов, обладающих доказанными саногенетическими эффектами.

Эффективность применения того или иного лечебного физического фактора определяется возможностью воздействия на ведущие звенья патогенеза заболеваний. Сегодня известно, что в происхождении наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата – остеохондроза и остеоартроза – важнейшая роль принадлежит дистрофическому процессу с последующей дегенерацией структурных элементов межпозвонкового диска и суставного хряща, приводящих к снижению или потере их амортизационных свойств. Это способствует формированию интенсивных болевых ощущений и функциональных нарушений вследствие потенцирования процессов перекисидации, активации воспаления, дисфункции клеточного и гуморального звеньев системного иммунитета, снижения общей неспецифической резистентности организма.

Клинико-экспериментальными исследованиями показано, что такие преформированные физические и природные факторы как низкочастотное импульсное магнитное поле, лазерное и КВЧ-излучение, ультра- и инфразвуковые механические колебания, лечебные грязи обладают общеукрепляющим, иммуностимулирующим действием, ингибируют экссудативную и пролиферативную фазы воспаления, оказывают мембраностабилизирующий эффект, интенсифицируют метаболические процессы, белково-синтетические функции, ферментативную активность, устраняют спастичность мышц, способствуют восстановлению двигательных функций опорно-двигательного аппарата, купированию нейродистрофических проявлений, снижают порог чувствительности болевых рецепторов, уменьшают дезорганизацию коллагеновых волокон, приводят к увеличению скорости протекания трофических процессов в очаге поражения.

Сотрудниками ФГБУ «Сибирский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» разработаны новые медицинские технологии комплексной реабилитации с использованием лечебных физических факторов больных с неврологическими проявлениями дорсопатий, в том числе с сопутствующим остеоартрозом суставов нижних конечностей, больных остеоартрозом зрелого и пожилого возраста, а

также лиц после оперативного лечения вышеуказанных заболеваний (дискектомии и тотального эндопротезирования тазобедренных суставов).

Преимуществом разработанных медицинских технологий является то, что они предполагают проведение комплексной патогенетически обоснованной терапии лечебными физическими факторами с учетом клинко-функциональных особенностей течения патологического процесса, возраста, физического состояния пациента, в соответствии с которыми проводится выбор дозировок физических факторов и зон воздействия. Осуществляемая таким образом реабилитация приводит в течение короткого промежутка времени к купированию резидуального болевого синдрома, ускорению заживления послеоперационной раны, устранению деструктивных и функциональных нарушений в нервно-мышечном аппарате, восстановлению утраченных функций опорно-двигательного аппарата, предотвращению развития осложнений (рубцово-спаечные изменения, артриты, контрактуры мышц, суставов), ускоряет бытовую, профессиональную и социальную реабилитацию пациентов.

Проведенные многолетние исследования позволили доказать высокую медицинскую эффективность разработанных технологий комплексной реабилитации с применением лечебных физических факторов больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и суставов не только в ближайшие, но и в отдаленные сроки наблюдения. Продолжительность сохранения лечебного эффекта достигает 2–3 лет, при этом ни один пациент в течение первого года наблюдения не был освобожден от профессиональной деятельности. ■

Сотрудниками ФГБУ «Сибирский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» разработаны новые медицинские технологии комплексной реабилитации с использованием лечебных физических факторов больных с неврологическими проявлениями дорсопатий, в том числе с сопутствующим остеоартрозом суставов нижних конечностей, больных остеоартрозом зрелого и пожилого возраста.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Колбахова С.Н., канд. мед. наук, Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА,
Кульчицкая Д.Б., доктор мед. наук, Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России,
Нестерова Е.В., канд. мед. наук, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы

В настоящее время тотальное эндопротезирование коленного сустава является распространенным методом лечения тяжелых форм дегенеративно-дистрофических заболеваний. В связи с этим реабилитация пациентов после тотального эндопротезирования коленного сустава (ТКА) представляет собой актуальную задачу современной медицины.

Цель исследования – изучение влияния лазерной терапии и низкочастотного импульсного электростатического поля на микроциркуляцию после ТКА.

Обследованы 40 пациентов после эндопротезирования коленного сустава, которые были разделены на две группы: 1-я группа (20 человек) получала лазерную терапию у боковых поверхностей оперированного коленного сустава; 2-я группа (20 человек) получала лазерную терапию и импульсное низкочастотное электростатическое поле.

Всем пациентам до курса лечения исследовали состояние микроциркуляторного русла в области оперированного сустава с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Полученные данные свидетельствуют о наличии застойных явлений в веноулярном звене микроциркуляторного русла, увеличении миогенного и в меньшей степени нейрогенного тонуса артериол. Наблюдалась эндотелиальная дисфункция.

После курсового лечения у большинства пациентов выявлена положительная динамика показателей ЛДФ. Однако эти изменения были более значимыми у пациентов 2-й группы. Так показатель, свидетельствующий о состоянии миогенного тонуса артериол ($Am/3\sigma \cdot 100\%$), улучшился с 11,7 до 13,7% и с 11,8 до 14,4% соответственно по группам.

Выявлено устранение застойных явлений в веноулярном звене (показатель $Ad/3\sigma \cdot 100\%$ изменился с 13,7 до 11,6% и с 13,8 до 9,1% соответственно по группам).

Обследованы 40 пациентов после эндопротезирования коленного сустава, которые были разделены на две группы: 1-я группа (20 человек) получала лазерную терапию у боковых поверхностей оперированного коленного сустава; 2-я группа (20 человек) получала лазерную терапию и импульсное низкочастотное электростатическое поле. После курсового лечения у большинства пациентов выявлена положительная динамика показателей ЛДФ. Таким образом, комплексное применение лазерной терапии и импульсного низкочастотного электростатического поля улучшает перфузию крови и может быть рекомендовано для включения в методики лечения пациентов после тотального эндопротезирования коленного сустава.

Таким образом, комплексное применение лазерной терапии и импульсного низкочастотного электростатического поля улучшает перфузию крови в системе

микроциркуляторного русла и может быть рекомендовано для включения в методики лечения пациентов после тотального эндопротезирования коленного сустава. ■



ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В САНАТОРИИ

Никитин М.В., доктор мед. наук, **Павловский С.А.**, Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, санаторно-курортный комплекс «Вулан», Краснодарский край, **Кончугова Т.В.**, доктор мед. наук, **Никитина А.М.**, Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва

Разработка и внедрение новых методов физиотерапии в санаторно-курортную практику при заболеваниях дегенеративно-дистрофического характера являются одним из важных и перспективных направлений восстановительной медицины.

Э то в немалой степени относится к такой патологии опорно-двигательного аппарата, как плечелопаточный болевой синдром, который, по данным разных авторов, встречается у 5–10% всего взрослого населения России и в 50% случаев является спутником суставной патологии.

В настоящее время большой интерес представляют инновационные технологии восстановительной медицины, к числу которых относится метод экстракорпо-

ральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ). Ударные волны (УВ) способны вызывать ряд биологических эффектов, которые нашли применение в ортопедической практике, использующиеся при этом волны представляют собой короткий (менее 1 мкс) и мощный (до 5,0 Бар) импульс с высокой амплитудой давления и малой компонентой растяжения. УВ характеризуются быстрым нарастанием пиковой амплитуды давления (менее 10 нс) с крутым передним и пологим задним фронтом,

сменяющимся незначительной по амплитуде отрицательной фазой. Частота импульсов УВ варьирует от 1 до 31 Гц, при этом с увеличением числа импульсов производимое воздействие смягчается. В результате проведенных мероприятий отмечено, что применение ЭУВТ в лечении плечелопаточного болевого синдрома позволяет достичь более выраженного и стойкого снижения интенсивности болевого синдрома, достоверного увеличения объема движений в пораженном сегменте по сравнению с традиционным лечением.

Следует отметить, что значимое улучшение клинической симптоматики достигается при проведении всего 3 процедур на курс, что свидетельствует о выраженном противовоспалительном, обезболивающем, регенеративном действии ЭУВТ. Безусловно, существенный вклад в результативность лечения пациентов с плечелопаточным болевым синдромом вносит также комплексное санаторно-курортное лечение, включающее методы климатолечения, общие минеральные ванны, ЛФК и массаж на фоне соблюдения режима отдыха и диетпитания. ■



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ

Павлов В.И., Орджоникидзе З.Г., Бадтиева В.А., доктор мед. наук, Гвинианидзе М.В., Иванова Ю.М., Деев В.В., Резепов А.С., Плотников С.Г., Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы

Санаторно-курортное лечение, по сути, направлено на повышение уровня здоровья, как ментального, так и физического, и требует объективной оценки.

Для определения наиболее адекватных и менее затратных методик тестирования физической работоспособности в условиях санаториев проведен анализ современной литературы на стыке санаторно-курортной и спортивной медицины с соответствующими аналитическими выкладками и сопоставлениями.

Цель функционально-диагностического обследования физически активных лиц является двунаправленной и обычно включает в себя следующие составляющие:

1. Профилактику внезапных событий (по большей части, внезапной сердечной смерти) – выявление патологии, решение о возможности текущего и последующего допуска к занятиям спортом, тактике ведения спортсмена.

2. Оценку резервных возможностей, тренированности, физиологических особенностей, способности выполнить поставленные задачи, то есть функциональной готовности, необходимой для успешной жизнедеятельности.

Из этих двух целей нагрузочного тестирования в условиях санатория решается, как правило, вторая. В санаторно-курортных условиях существует, кроме стендовых, возможность проведения полевых тестов, что является существенным преимуществом.

Как известно, существуют три основных источника энергии для осуществления мышечного сокращения: анаэробный алактатный, анаэробный лактатный и аэробный. Все эти энергетические источники мышечной деятельности могут быть протестированы.

1. Анаэробный алактатный:

а) спринт-тест с использованием фотодатчиков;

б) вертикальный прыжок с использованием тензодатчиков, с расчетом его

мощности по формуле (Sayers и соавт., 1999): $W(Вт) = 60,7 \cdot [\text{высота прыжка, см}] + 45,3 \cdot [\text{масса тела, кг}] - 205$.

2. Анаэробный лактатный – челночный анаэробный тест. Варианты (Россия): бег без остановки:

а) 10 отрезков по 30 м;

б) 7 отрезков по 50 м.

3. Аэробный:

а) тест Купера (Cooper-test);

б) тест Francesco Conconi (1982);

в) непрерывно нарастающий бег с

анализом концентрации лактат-иона капиллярной крови;

г) непрерывно нарастающий бег с газоанализом с использованием портативного газоанализатора.

4. «Смешанная» рывковая работа, типичная для игровых видов спорта, при помощи которой оценивается специальная работоспособность, – челночный тест бип-тест.

Учитывая оздоравливающую роль санаториев, одним из критериев эффективности реабилитационных мероприятий является объективная оценка физической работоспособности пациентов.

Одним из недостаточно используемых преимуществ является возможность проведения так называемых полевых тестов оценки толерантности к физическим нагрузкам. На современном этапе развития технологий методом полевого тестирования может быть проанализирован уровень функционирования всех источников энергообеспечения мышечной деятельности. ■

Заключение

Учитывая оздоравливающую роль санаториев, одним из критериев эффективности реабилитационных мероприятий является объективная оценка физической работоспособности пациентов. Одним из недостаточно используемых преимуществ является возможность проведения так называемых полевых тестов оценки толерантности к физическим нагрузкам.



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЦЕНТРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ «КЛЮЧИ»

Гриднева Т.Д., доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ,
Добрынина А.Л., канд. мед. наук, ФГУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Ключи», Томская область

В настоящее время значительными темпами продолжается процесс старения населения, в связи с чем требуется формирование новых подходов к решению медико-социальных проблем и лечебно-профилактической помощи лицам старшего возраста с учетом основных закономерностей старения, накладывающих отпечаток на течение заболеваний у пожилых.

Наиболее часто встречающимися заболеваниями лиц в возрасте старше 60 лет являются сердечно-сосудистые – ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), оказывающая влияние на состояние здоровья, качество и продолжительность жизни у пожилых больных.

Одним из основных заболеваний у них является остеоартроз (ОА), занимающий лидирующее положение среди ревматологических заболеваний, при этом у лиц старше 50 лет ОА выявляется у 1 из 10 человек, а старше 70 лет – у каждого второго. Назначение природных и преформированных физических факторов, обладающих универсальностью и физиологичностью действия, не вызывающих побочных аллергических реакций, хорошо сочетающихся с другими методами лечения и обладающих длительностью послеедействия, является обоснованным. С этих позиций использование сухих углекислых ванн (СУВ) у больных старших возрастных групп представляется перспективным, т.к. в реакциях организма на их воздействие усматриваются механизмы, направленные на восстановление саморегуляции и компенсации ключевых звеньев генеза старения: гипоксемии и гипоксии тканей и органов, нарушений окислительного метаболизма и тесно связанного с ними снижения иммунореактивности организма.

Согласно современным представлениям об этиологии и патогенезе ОА, доминирующей является многофакторная теория данного заболевания, определяющая подходы к лечению, которое должно быть комплексным, с включением как медикаментозных, так и немедикаментозных методов, однако стойкой ремиссии заболевания можно добиться редко, в среднем она составляет 3–4 месяца.

Одним из перспективных методов лечения ОА является использование ультразвуковых волн. Число публикаций, посвященных ультразвуковой терапии и ультрафонофорезу (УФФ), постоянно растет.

Диквертин – биофлавоноид, выделенный из древесины лиственницы (биофлавоноидный комплекс, состоящий из дегидрохверцетина, дегидрокемпферола и нарингенина) и обладающий антиоксидантными и капилляропротекторными свойствами. В эксперименте изучена возможность введения диквертина с помощью ультразвука интенсивностью 0,4–0,6 Вт/см². Субстанция диквертина разрешена для применения в медицинской практике (регистрационный номер рп 96/302/1).

Цель исследования – изучить клиническую эффективность физиофармакотерапевтического комплекса, включающего медикаментозное лечение, СУВ и УФФ природного антиоксиданта диквертина у больных АГ в сочетании с ОА старших возрастных групп.

Клинические исследования проведены в ФГУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Ключи». Под наблюдением находилось 54 больных в возрасте от 56 до 80 лет, средний возраст составил 64 года, с основным диагнозом АГ II степени, II ст. Сопутствующее заболевание – ОА коленных и голеностопных суставов первичный, рентгенологическая II–III стадии, функциональная недостаточность сустава I–II стадии, реактивный синовит. По сопутствующему ОА пациенты были рандомизированы в зависимости от клинической картины, соответствующей диагностическим проявлениям ОА I–III стадии, функциональной недостаточности суставов I–II стадии с выраженным боле-

вым синдромом, реактивным синовитом и рентгенологическими проявлениями в пределах II–III стадии. Всем пациентам до и после лечения проводили суточное мониторирование АД и ЭКГ, велоэргометрию, изучали состояние системы ПОЛ, антиоксидантной защиты (уровень каталазы, антиокислительной активности, АОА).

Проводилась оценка артрологического статуса: функциональное состояние оценивали по суммарному алгофункциональному индексу Лекена; измеряли окружность пораженного сустава, объем движений, температуру кожи над пораженными суставами; проводилось рентгенологическое исследование суставов. Полученные данные обрабатывали методами параметрического и непараметрического анализов. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Пациенты получали базовую медикаментозную терапию: диротон – 10 мг в сутки, индапамид – 2,5 мг в сутки, метопролол – 50 мг в сутки, нестероидные противовоспалительные средства (ксефокам, индометацин) № 10; лечебную физкультуру ежедневно № 15, массаж воротниковой зоны № 10. В соответствии с назначаемым лечением для лечения ОА больные были разделены на 3 группы: 24 больным (1-я группа) проводилось лечение УФФ 3%-ного раствора диквертина, 15 больным (2-я группа) назначали ультразвуковую терапию, 15 больным (3-я группа) – только медикаментозное лечение. Кроме этого больным 1-й и 3-й групп применяли СУВ по 10 мин при температуре 28–36 °С.

Лечение пациенты 1–3-й групп переносили удовлетворительно. При этом гипотензивный эффект сохранялся у больных как в дневное, так и в ночное время. Уменьшилась суточная вариабельность

АД, статистически значимая у пациентов 1-й группы.

Данные суточного мониторингирования АД коррелировали с результатами суточного мониторингирования ЭКГ: достоверно сократилось количество эпизодов ночной ишемии миокарда и нормализовался сердечный ритм у больных основной группы, улучшилась внутрисердечная гемодинамика. Под влиянием лечения появилась возможность после 5–6 процедур постепенно снижать количество принимаемых препаратов у больных 1-й группы, суточный прием диуретика и метопролола к окончанию лечения уменьшился на 50%. У 32% больных 2-й группы снизили дозы принимаемого диуретика на 23%. К окончанию лечения уменьшились проявления сопутствующего ОА у пациентов 1–3-й групп: боли в пораженных суставах, ночные боли, хруст в суставах, отечность в области сустава, отмечалось увеличение объема движений в них. Так, у пациентов с ОА, осложненным реактивным синовитом, к окончанию лечения индекс Лекена снизился с 7,5 до 4,5 баллов в 1-й группе, с 7 до 5,5 баллов во 2-й группе, в 3-й группе снижение индекса Лекена произошло с 8 до 6,5 баллов; уменьшился объем мягких тканей пораженного сустава, при этом достоверное уменьшение окружности сустава выявлено под влиянием комплекса с включением 3%-ного раствора диквертина.

Дополнительным эффектом противовоспалительного и обезболивающего действия УФФ диквертина можно считать снижение дозы нестероидных противовоспалительных препаратов (найз, ксефо-

кам, диклофенак, индометацин), которые обладают такими побочными действиями, как ulcerогенное, аллергическое, могут вызвать нарушение функции печени, олигурию, отеки и АГ. На фоне лечения УФФ 3%-ного диквертина появилась возможность снизить дозу принимаемых препаратов в 2 раза по сравнению с группой больных, получавших только ультразвуковую терапию. Так, доза ксефокама у больных 1-й группы снизилась с 16 до 8 мг, во 2-й группе доза препарата уменьшилась с 16 до 12 мг. Одним из основных показателей проявления положительного действия комплексного назначения СУВ и УФФ диквертина явилась, на наш взгляд, нормализация показателей антиоксидантной защиты организма. Непосредственная эффективность лечения составила у пациентов 1-й группы 93%, 2-й группы – 82%, 3-й группы – 76%, сохраняемость терапевтического эффекта: до 9–12 месяцев – у пациентов 1-й группы, 5–6 месяцев – у пациентов 2-й группы.

Наиболее выраженный клинический эффект у больных 1-й группы, возможно, связан с действием комплекса с включением СУВ, судя по динамике ряда показателей функционального состояния ключевых систем, определяющих биологический возраст человека, что свидетельствует о целесообразности использования СУВ в качестве геропротекторов. Сочетанное назначение ультразвука и антиоксидантной терапии при лечении полиостеоартроза взаимно усилило положительные свойства каждого из этих факторов. Так, ультразвуковые волны,

обладая способностью рассасывать воспалительные инфильтраты, улучшают функциональное состояние синовиальной оболочки, крово- и лимфообращение в тканях суставов, уменьшают развитие периостальных разрастаний. Диквертин же, подавляя процессы ПОЛ, препятствует продукции свободных радикалов, тем самым, возможно, предотвращает деструкцию клеточных мембран хондроцитов и хрящевого матрикса.

В результате исследования установлено, что у больных старших возрастных групп первичным моноартрозом или олигоартрозом с наличием или отсутствием вторичного синовита с нарушением функций суставов I–II стадии использование раствора диквертина изменяет клиническое течение заболевания (улучшается функциональное состояние пораженных суставов за счет снижения воспалительных явлений), что обуславливает необходимость включения в комплекс лечения трансдермального введения 3%-ного раствора диквертина ультразвуковыми волнами.

Для проведения вторичной профилактики ОА и снижения ксенобиотической нагрузки на организм больных старших возрастных групп рекомендуется проводить повторные курсы лечения УФФ 3%-ного раствора диквертина через 10–11 месяцев.

Полученные эффекты физиотерапевтического комплекса позволяют расширить показания и повысить эффективность лечения больных пожилого и старческого возраста, страдающих ОА, осложненным реактивным синовитом в сочетании с АГ. ■



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА В САНАТОРИИ

Ануфриев А.Ю., лечебно-профилактическое частное учреждение профсоюзов санаторий «Васильевский», п. Васильево, Республика Татарстан

Урбанизация, низкая двигательная активность, изменение режима и качества питания привели к тому, что дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника встречаются у 60–70% населения.

У большинства больных данная группа заболеваний протекает с более выраженными клинико-неврологическими или нейро-ортопедическими синдромами и имеет короткий период ремиссии. В связи с этим важной задачей является разработка программы реабилитации для пациентов с вертеброгенной патологией в условиях санатория с учетом клинического дефицита, уровня реабилитационного потенциала, стажа заболевания и данных нейровизуализации, что позволило бы добиться более стойкого и полного терапевтического эффекта в лечении пациентов.

Цель исследования – разработка программы лечения больных с заболеваниями позвоночника в условиях санатория, которая позволила бы добиться «лучшего» и более стойкого терапевтического результата, уменьшить болевой синдром и повысить качество жизни пациента.

За период 2020 г. в санатории «Васильевский» обследованы 120 больных с заболеваниями позвоночника, проходящих курс санаторно-курортного лечения. Пациенты были разделены на две группы.



В 1-й группе 73 пациента на протяжении курса лечения получали бальнеолечение (с хлоридными, сероводородными, радоновыми, йодобромными, скипидарными водами), грязелечение (аппликационно и с использованием грязеразводных ванн), лечебный массаж, физиотерапию, лечение по методикам традиционной медицины, озонотерапию, ЛФК, плавание в бассейне. Во 2-й группе, состоящей из 47 пациентов,

наряду с вышеперечисленными методами лечения были применены техники мануальной терапии (миофасциальный метод, артро-вертебральный и методика постизометрической релаксации).

Все пациенты 2-й группы в сравнении с пациентами 1-й группы показали достоверно лучшие результаты от проведенного лечения: отмечали уменьшение болевого синдрома и улучшение общего самочувствия, положительную динамику в коррекции мышечного дисбаланса, увеличение объема движений в позвоночнике и амплитуды движений в суставах, возрастание мышечной силы и выносливости.

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что мануальная терапия занимает важное место в комплексном лечении пациентов с заболеваниями позвоночника и повышает качество жизни.

Серьезным аспектом лечения являлось сочетание техник мануальной терапии с методиками ЛФК, что может иметь практическое значение в разработке алгоритма лечения для больных с вертеброгенной патологией на этапе реабилитации в условиях санатория. ■



РОБОТИЗИРОВАННАЯ МЕХАНОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ

Орлова Е.В., канд. мед. наук, Погонченкова И.В., доктор мед. наук, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы

Проблема реабилитации пациентов с остеоартритом остается крайне актуальной в связи со значительной распространенностью этого заболевания, приводящего к потере трудоспособности и инвалидизации.

Оценка эффективности роботизированной механотерапии в комплексной медицинской реабилитации пациентов с остеоартритом в условиях стационара многопрофильной реабилитационной клиники проведена с участием 58 больных первичным остеоартритом в возрасте от 49 до 65 лет.

Все пациенты были рандомизированы на две группы: 1-ю группу (основную) составили 28 больных остеоартритом, которым, помимо стандартной программы реабилитации, проводилась роботизированная механотерапия для пассивной разработки коленных и тазобедренных суставов на аппарате «Ормед Flex 01 для коленного и тазобедренного суставов», суставов кистей

и лучезапястных суставов на аппарате «Kinetec Maestra hand and wrist CPM» по 20 мин 5 раз в неделю (10 сеансов).

Во 2-ю группу (контрольную) вошли 30 пациентов с остеоартритом, получавших только стандартную программу реабилитации, которая включала 10 групповых занятий ЛФК для суставов по 45 мин под руководством инструктора, 10 процедур электростатического массажа мышц и периартикулярных тканей (аппарат «Хивамат», методика с ручным аппликатором), 10 сеансов эрготерапии по 45 мин.

Медикаментозная терапия в обеих группах включала НПВП, хондроитин и глюкозамин сульфат в стандартных дозировках. Внутрисуставное введе-

ние глюкокортикоидов не проводилось. Эффективность проводимой терапии оценивалась исходно и через 2 недели по динамике интенсивности боли в суставах по 100-мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ), числа болезненных суставов (ЧБС), амплитуды сгибания в коленном суставе, измеренной с помощью гониометра, маршевой пробы (время прохождения 20 м/с), силы сжатия кистей, измеренной динамометром, индексов Лекена (Lequesne) и WOMAC.

Через 2 недели в основной группе наблюдалась снижение параметров болевого синдрома и положительная динамика локомоторных показателей. Боль по 100-мм ВАШ уменьшилась на 42,9%. ■



КИНЕЗОТЕРАПИЯ И ЕЕ РОЛЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Куликов Н.Н. доктор мед. наук, Черевашенко Л.А., доктор мед. наук, Бережная Е.В., канд. мед. наук, Черевашенко И.А., канд. мед. наук, Северо-Кавказский федеральный научно-клинический центр ФМБА России, Ессентуки

Остеохондроз позвоночника – одна из сложных проблем медицины в связи с развитием у больных в 56–70% случаев двигательных, психоэмоциональных, вегетососудистых, сексуальных расстройств. Трудопотери от этой патологии занимают одно из ведущих мест в мире, поскольку поражается, как правило, наиболее активная группа населения в возрасте от 20 до 60 лет, чаще всего 30–50 лет.

В результате заболеваний позвоночника у больных часто развиваются тяжелые функциональные нарушения, приводящие к инвалидности. Они выражаются в уменьшении амплитуды движений в суставах, силовых возможностей и тонуса мускулатуры, утрате способности к передвижению и выполнению ряда бытовых навыков, что в конечном итоге приводит к ограничению трудоспособности.

Как показывает практика, существующие консервативные методы лечения остеохондроза не дают достаточных результатов, что подтверждается кратковременностью эффекта и частыми рецидивами. Оперативное лечение также не решает проблемы болей в спине. Данные научных исследований и клинические наблюдения за больными остеохондрозом свидетельствуют о том, что, несмотря на высокий уровень оперативной техники, у значительного числа больных после хирургического вмешательства сохраняется выраженная неврологическая симптоматика: болевой синдром,

изменения чувствительности, вазомоторные и двигательные нарушения, возникают серьезные осложнения. Медикаментозные методы лечения больных во многих случаях ограничены широтой побочных реакций и осложнений, аллергическими проявлениями, непереносимостью препаратов, резистентностью к фармакотерапии.

Конечной целью лечения больных с заболеваниями позвоночника является восстановление их функциональных возможностей. Устранение развившихся функциональных нарушений требует длительного, настойчивого применения своевременно начатого комплексного восстановительного лечения, основой которого является метод лечения физическими факторами.

В отечественной и зарубежной научно-методической литературе, посвященной проблемам реабилитации больных остеохондрозом, описаны многочисленные сочетания физических упражнений, различных физиотерапевтических процедур, медикаментов для наружного и внутреннего

применения. Однако в большинстве случаев лечебный и реабилитационный эффект от применения данных средств получается не очень продолжительным.

В последнее время пристальное внимание уделяется такому методу реабилитации, как кинезитерапия, которая включает в себя все формы лечения движением, кроме того, она определяет такой образ жизни больного, при котором вся его повседневная физическая деятельность способствует восстановлению имеющихся у него двигательных расстройств. Иными словами, кинезитерапия воздействует на больного адаптированными к его состоянию условиями внешней среды, которые, постепенно усложняясь по мере восстановления функций, расцениваются не изолированно, а как часть образа жизни больного.

Кинезитерапевтическая программа состоит из средств, непосредственно восстанавливающих двигательные функции. Это лечебная гимнастика, движения в воде, электростимуляция, массаж и т.д.

В неврологическом отделении Пятигорской клиники для пациентов с остеохондрозом разработан комплекс кинезитерапии, включающий процедуры в гидрокомплексе «Торнадо», дозированное вытяжение позвоночника на аппарате «Ормед-профессионал», массаж и индивидуальные занятия лечебной гимнастикой.

Высокая эффективность применения гидрокинезотерапии определяется многосторонним действием ее на функции органов опоры и

Dakm

Как показывает практика, существующие консервативные методы лечения остеохондроза не дают достаточных результатов, что подтверждается кратковременностью эффекта и частыми рецидивами. Оперативное лечение также не решает проблемы болей в спине. Данные научных исследований и клинические наблюдения за больными остеохондрозом свидетельствуют о том, что, несмотря на высокий уровень оперативной техники, у значительного числа больных после хирургического вмешательства сохраняется выраженная неврологическая симптоматика.

движения. Функциональная терапия, проводимая в водной среде, помогает восстановлению в более короткие сроки двигательной функции суставов, способствует релаксации напряженных и укреплению ослабленных мышц, снижает болевой синдром, оказывает тренирующее действие на опорную функцию, а также положительно влияет на общий психоэмоциональный статус больного. Хороший терапевтический эффект применения гидрокинезотерапии в гидрокомплексе «Торнадо» определяется не только сочетанием теплового и гидростатического действия, но и витализацией воды, т.е. прохождением вращающегося вихря воды через постоянное отрицательное магнитное поле, при этом вода становится биологически активной. Вода с записанной информацией поступает в ванну в виде вертикальной вихревой струи, расположенной в центре ванны.

Мощность помпы подобрана таким образом, чтобы весь объем воды в ванне проходил через блок витализации несколько раз в течение сеанса.

Достаточно высокой эффективностью обладают также процедуры дозированного вытяжения позвоночника на аппарате «Ормед-профессионал». Роликовый массаж, проводимый одновременно с вытяжением позвоночника, позволяет расслабить мышцы, снять возникающие в них функциональные блоки, препятствующие растяжению, улучшает кровоток. Тепло и вибрация создают ощущение комфорта и дополнительно расслабляют мышцы. В результате такого суммарного физического воздействия на позвоночник за время проведения одной процедуры исчезают функциональные блокады в межпозвонковых суставах, происходит репозиция и самокоррекция позвонков. Кроме того, при этом происходит увеличение высоты межпозвонкового диска, снижение внутридискового давления, что создает условия, способствующие устранению симптомов заболевания.

В клинике для лечения больных с проявлениями остеохондроза на-

Таблица 1. Жалобы больных остеохондрозом (n = 40)

Жалобы	Абс. число	%
Боли в позвоночнике	40	100,0
Иррадиация боли в конечности	18	45
Деформация позвоночника	4	10
Скованность поясницы	21	52,5
Вынужденное положение	3	7,5
Чувство «онемения» в конечностях	33	82,5
Ощущение зябкости в конечностях	30	75
Повышенная раздражительность	26	65
Снижение работоспособности	29	72,5
Быстрая утомляемость	26	65
Дизритмичный, поверхностный сон	17	42,5
Гиподинамия	20	50
Головные боли	19	47,5
Головокружения	12	30

значали процедуры дозированного вытяжения позвоночника на аппарате «Ормед-профессионал», сила вытяжения устанавливалась индивидуально, начиная с 10–12 кг и увеличиваясь с каждой процедурой на 1 кг, продолжительность процедуры 15 минут, на курс лечения 10 сеансов, ежедневно. Процедуры гидрокинезотерапии в гидрокомплексе «Торнадо» назначались через 2–3 часа после вытяжения позвоночника. Внутреннее пространство гидромассажной ванны имеет изогнутые стенки, позволяющие

больному принять функционально удобное положение и расслабиться. Давление и интенсивность водяных струй дозируются индивидуально в зависимости от имеющихся клинических проявлений и реакции больного на процедуру. Температура воды не превышает 38 °С. После погружения пациента в ванну вихреобразные струи воды начинают бить через специальные отверстия в ванне – джеты. Структурированная вода при погружении в нее воздействует на организм через биологически активные



Таблица 2. Данные объективного осмотра больных остеохондрозом (n = 40)

Показатели	Абс. число	%
1. Болезненность позвоночно-двигательного сегмента	20	50,0
2. Функциональная блокада позвоночно-двигательного сегмента	28	70,0
3. Функциональная блокада крестцово-подвздошного сочленения	29	72,5
4. Активный триггерный пункт	36	90,0
5. Патогенизирующая миофиксация	25	62,5
6. Регионарный постуральный дисбаланс мышц	10	25,0
7. Ограничение движений:		
а) активных	10	25,0
б) пассивных	11	27,5
8. Симптом Нери	13	32,5
9. Симптом Дежерина	11	27,5
10. Симптом Бехтерева	10	25,0
11. Симптом Боне-Бобровниковой	7	17,5
12. Симптом Сикара	9	22,5
13. Фасцикулярные и фибриллярные мышечные подергивания	6	15,0

Таблица 3. Динамика лечения кинезитерапией больных остеохондрозом (n = 40)

Показатели	До лечения		После лечения		Эффективность
	абс.	%	абс.	%	
1. Болезненность позвоночно-двигательного сегмента	20	50,0	2	5,0	90
2. Функциональная блокада позвоночно-двигательного сегмента	28	70,0	3	7,5	89,2
3. Функциональная блокада крестцово-подвздошного сочленения	29	72,5	3	7,5	89,6
4. Активный триггерный пункт	36	90,0	2	5,0	94,4
5. Патогенизирующая миофиксация	25	62,5	3	7,5	88
6. Регионарный постуральный дисбаланс мышц	10	25,0	1	2,5	90
7. Ограничение движений:					
а) активных	10	25,0	1	2,5	90
б) пассивных	11	27,5	0	0	100
8. Симптом Нери	13	32,5	1	2,5	92,3
9. Симптом Дежерина	11	27,5	3	7,5	72,7
10. Симптом Бехтерева	10	25,0	1	2,5	90
11. Симптом Боне-Бобровниковой	7	17,5	1	2,5	85,7
12. Симптом Сикара	9	22,5	1	2,5	88,8
13. Фасцикулярные и фибриллярные мышечные подергивания	6	15,0	1	2,5	83,3

точки, активируя их. Сеанс длится 25 минут. Схема лечения – 5 процедур через день. Сеансы массажа пациенты принимали перед процедурой вытяжения позвоночника. В свободные от гидрокинезотерапии дни проводились занятия ЛФК.

Под наблюдением находились 40 больных с неврологическими про-

явлениями остеохондроза в возрасте 24–45 лет. Жалобы больных были многообразными (табл. 1). Наряду с болями в позвоночнике у больных в 26 (65%) случаях присутствовала повышенная раздражительность, вспыльчивость, у 29 (72,5%) – снижение работоспособности, у 26 (65%) наблюдалась быстрая утомляемость,

у 17 (42,5%) – дизритмичный, поверхностный сон, у 20 (50%) – гиподинамия. Головные боли возникали у 19 (47,5%), головокружения у 12 (30%).

Данные объективного осмотра больных остеохондрозом представлены в таблице 2. Из таблицы 2 следует, что самыми частыми при-

знаками остеохондроза позвоночника при объективном осмотре были активные триггерные пункты (90%), функциональная блокада позвоночно-двигательного сегмента (70%), функциональная блокада крестцово-поясничного сочленения (72,5%), патогенирующая миофиксация (62,5%), болезненность позвоночно-двигательного сегмента (50%). Гораздо реже диагностировались распространенная миофиксация и проявления регионального постурального дисбаланса мышц (РПДМ), ограничение движений. Симптомы натяжения выявлялись в четверти процентов случаев: симптом Бехтерева был у 25%, симптом Дежерина – у 27,5% больных. Симптом Боне-Бобровниковой, объективно характеризующийся спазмированностью грушевидной мышцы, выявлен у 17,5% больных.

Данные об изменении чувствительности у больных остеохондрозом свидетельствуют, что нарушения чувствительности в большем проценте случаев (42,5%) проявлялись в виде гиперестезии; гипестезии и дизестезии представлены почти в одинаковом проценте случаев – 27,5 и 30% соответственно.

Данные исследования глубоких сухожильных, периостальных и поверхностных кожных рефлексов свидетельствуют, что у больных в большинстве процентов случаев они были понижены. Наиболее информативным является динамика ахиллова рефлекса: у 30% больных остеохондрозом наблюдалось снижение ахиллова рефлекса, у 17,5% – повышение и у 52,5% – норма.

Под влиянием проводимой терапии при объективном осмотре больных остеохондрозом терапевтическая эффективность ряда симптомов была достигнута в пределах 71–83,3%. В 100% случаев восстанавливаются пассивные движения, в 88,2% исчезает активный триггерный пункт, в 92,3% – симптом Нери, в 90% – симптом Бехтерева; в 90% восстанавливаются активные движения, в 89,6% исчезает функциональная блокада крестцово-подвздошного сочленения, в 88,8% – симптом Сикара, в

Таблица 4. Влияние кинезитерапии на показатели миофасциального болевого синдрома у больных остеохондрозом (n = 40)

Показатели миофасциального болевого синдрома	До лечения		После лечения	
	абс. число	%	абс. число	%
Пальпируемый активный триггерный пункт	40	100	3	7,5
Симптом «прыжка»	27	67,5	5	5,0
Компрессионная проба	37	92,5	3	7,5
Тест вибрационной отдачи	38	95,0	5	12,5
Болевой паттерн	40	100	4	10,0
Локальный судорожный ответ	23	57,5	2	5,0

89,2% – функциональная блокада позвоночно-двигательного сегмента; в 85,7% нивелируется симптом Боне-Бобровниковой, в 88% – патогенирующая миофиксация (табл. 3).

Под влиянием проводимой терапии гипестезия под очагом поражения у больных остеохондрозом позвоночника исчезла у 72,7%, гиперестезия – у 64,7%, дизестезия – у 75% больных, приводит к норме реакцию ахиллова рефлекса – у 77,5% больных

Влияние кинезитерапии на показатели миофасциального болевого синдрома у больных остеохондрозом показано в таблице 4. После проводимой терапии пальпируемый активный триггерный пункт исчез у 27 (92,5%) из 40, симптом «прыжка» – у 22 (81,5%) из 27, компрессионная проба стала отрицательной у 34 (91,9%) из 37, тест вибрационной отдачи – у 33 (86,8%) из 38, болевой паттерн – у 36

(90%) из 40, локальный судорожный ответ – у 21 (91,3%) из 23 больных.

По завершении комплексного лечения с применением дозированного вытяжения позвоночника и гидрокинезотерапии улучшение отмечено у 25 (62,5%), незначительное улучшение – у 13 (32,5%), без улучшения – у 2 (5%) больных остеохондрозом позвоночника.

Таким образом, на основании полученных результатов сделан вывод, что кинезитерапия благодаря разностороннему терапевтическому действию играет в общем лечебном комплексе ведущую роль.

Кинезитерапия – высокоэффективный метод лечения, дающий возможность улучшить функциональные результаты лечения больных, уменьшить длительность периода временной нетрудоспособности и предупредить развитие инвалидности. ■



СУХИЕ УГЛЕКИСЛЫЕ ВАННЫ «РЕАБОКС»

В ПРОГРАММАХ ПОСТКОВИДНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Шакула А.В., доктор мед. наук, профессор, Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва

В связи с появлением новой коронавирусной инфекции COVID-19 в последние два года чрезвычайно актуальной стала проблема поиска методов и средств комплексного лечения и реабилитации больных с постковидным синдромом, который проявляется полиорганным поражением организма. Этому запросу в полной мере отвечают сухие углекислые ванны «Реабокс» в силу патогенетической направленности их действия при многих заболеваниях.

Благоприятное влияние сухих углекислых ванн отмечается на функционировании центральной и вегетативной нервной системы, кислородо-транспортной функции сердечно-сосудистой системы и процессах окислительного метаболизма, обеспечивающих адаптационный потенциал организма, повышении оксигенации крови, улучшении важных процессов микроциркуляции, снижении повышенной агрегации тромбоцитов, что способствует устранению гипоксемии и гипоксии тканей – это именно те клинические эффекты, которые способствуют успеху постковидной реабилитации.

Подробная информация о медицинской реабилитации пациентов представлена в методических рекомендациях Минздрава России «Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Согласно этим рекомендациям, «3-й этап медицинской реабилитации рекомендуется организовывать в отделениях медицинской реабилитации дневного стационара, амбулаторных отделениях медицинской реабилитации для пациентов с соматическими заболеваниями и состояниями медицинских организаций в соответствии

с Порядком организации медицинской реабилитации, а также на дому с использованием телемедицинских технологий по направлению врачебной комиссии медицинской организации, оказывавшей помощь пациенту на 1-м или 2-м этапе или врачебной комиссии поликлиники, осуществляющей мероприятия по вторичной профилактике».

На наш взгляд, оптимальным вариантом для медицинской реабилитации постковидных больных являются санаторно-курортные организации, расположенные в различных климатогеографических условиях нашей страны, обладающие уникальными природными лечебными факторами и современной базой реабилитационного оборудования.

Для этих целей под руководством академика РАН А.Н. Разумова группой ведущих специалистов в 2020 году разработаны клинические рекомендации на основании анализа отечественных методов и средств, обладающих доказанной эффективностью (в том числе в соответствии с международными критериями) по применению восстановительных технологий у больных пневмонией. Реабилитационные технологии используют для купирования остаточных проявлений легочной недостаточности, стимуляции репаративной регенерации легочной ткани, повышения уровня неспецифической резистентности организма, усиления альвеолокапиллярного транспорта, восстановления баланса тормозных и активирующих процессов в коре головного мозга, коррекции астенического, иммуносупрессивного, тревожно-депрессивного синдромов. Очень важно отметить, что в указанных Клинических рекомендациях приводится Перечень медицинских услуг, оказы-

ваемых пациенту с пневмонией, в том числе ассоциированной с COVID-19, в котором присутствуют «Ванны газовые лечебные» (код А20.30.004).

На ежегодном Всероссийском форуме «Здравница» было уделено большое внимание современным тенденциям и перспективам развития курортного дела в Российской Федерации и, в частности, показаны перспективы использования сухих углекислых ванн в комплексных программах медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов, перенесших COVID-19.

Программа применения сухих углекислых ванн при комплексном лечении постковидного синдрома в условиях санатория «Самарский» показала высокую эффективность: у пациентов наблюдалось уменьшение астенического синдрома, регресс неврологической симптоматики, уменьшение болевого синдрома, улучшение гемодинамических показателей, что позволило пациентам, перенесшим новую коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, восстановить здоровье, адаптироваться к физическим нагрузкам, вернуться в привычную среду и вернуть утраченное качество жизни.

Учитывая многолетний опыт внедрения и практического использования лечебных установок «Реабокс» в большинстве санаторно-курортных организаций Российской Федерации, доказанную безопасность и высокую эффективность метода, представляет актуальным и перспективным использование сухих углекислых ванн в комплексных программах медицинской реабилитации, в частности при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата и санаторно-курортного лечения пациентов, перенесших COVID-19. ■

Dakm

Подробная информация о медицинской реабилитации пациентов представлена в методических рекомендациях Минздрава России «Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

КОМБИНАТОРИКА БИОТРОПНЫХ ПАРАМЕТРОВ МАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ

КАК СЛЕДУЮЩАЯ СТУПЕНЬ В ПОВЫШЕНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМ КОМПЛЕКСНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ «МУЛЬТИМАГ»

Караваев В.М., Касимовский приборный завод, г. Касимов, **Кряков В.Г., Гуржин С.Г.**, Рязанский государственный радиотехнический университет им. В.Ф. Уткина, **Жулев В.И., Лапкин М.М., Шулькин А.В.**, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Рязань

Магнитное поле как лечебный фактор является наиболее универсальным и «пластичным» неинвазивным воздействием на пациента и обладает наибольшим по сравнению с другими лечебными факторами числом биотропных параметров, а значит, может влиять на большее число функциональных и структурных элементов организма.

Анализ распространенных отечественных и зарубежных методов и технических средств магнитотерапии показал, что повышение эффективности лечения различного вида заболеваний лежит в плоскости увеличения сочетаний различных биотропных параметров магнитного поля в данной области воздействия. Кроме того, отсутствие адекватных моделей и закономерностей, связывающих пространство состояний организма с необходимой оптимальной конфигурацией воздействующего вектора параметров магнитного поля, является сдерживающим фактором. Особую значимость в формировании лечебного магнитного поля приобретает возможность организации и структурирования общего, распределенного, локального или комбинированного воздействия на организм пациента в координатах пространство – время – частота.

Методики лечения системы комплексной магнитотерапии «Мультимаг» были научно обоснованы и разработаны в Научно-исследовательском испытательном институте авиационной и космической медицины МО РФ, Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф. Владимирского, Центральном военном клиническом госпитале им. П.В. Мандрыка.

Следуя ранее изложенным принципам и для надежного вы-

явления и объективного подтверждения магнитобиологических эффектов и эффективности применения ряда магнитных воздействий с определенным набором биотропных параметров, в настоящее время проводятся доклинические испытания на тест-системах по отдельным видам заболеваний на животных. При этом производится многоуровневая оценка влияния магнитотерапевтического воздействия на местном, системном и организменном уровнях.

Для контроля течения воспалительного процесса используется плетизмография (оценка уровня отечности конечности), состояние «белого» ростка крови, скорость оседания эритроцитов, С-реактивный белок сыворотки крови. Кроме того, для оценки состояния неспе-

цифических адаптационных механизмов организма животного используются методы ритмокардиографии и математического анализа ритма сердца.

Для сравнения результативности воздействия оценивается состояние организма животных, получающих противовоспалительное фармакотерапевтическое лечение, как в отдельности, в комбинации с магнитотерапией, так и только с помощью физического фактора.

Предварительные результаты исследований позволяют надеяться, что модернизированная система комплексной магнитотерапии будет находиться на новом витке повышения клинической эффективности и найдет свое применение в клинической практике. ■



КОКСАРТРОЗ: ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ

Пилиева А.В., ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, **Арьков В.В.**, доктор мед. наук, профессор, **Бадтиева В.А.**, доктор мед. наук, профессор, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы

Учитывая статистические показатели неудовлетворенности результатами тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭСТ) (3,3–16,8%) из-за сохранения болевого синдрома и мышечных дисфункций, выполнено исследование, направленное на совершенствование диагностических методов и поиск причин формирования боли при коксартрозе.

В основу исследования положен анализ влияния подвздошно-бедренной невропатии на развитие и течение коксартроза при помощи оценки клинических и нейрофизиологических показателей.

Исследованы показатели пациентов с терминальной стадией коксартроза ($n = 34$). Проводилось анкетирование по визуальной аналоговой шкале, опросникам Освестри и DN4. Выполнено обследование, включавшее клинический осмотр, стимуляционную электронейромиографию бедренного нерва с двух сторон с определением терминальной латентности (L) и амплитуды М-ответа (А), игольчатую электронейромиографию подвздошно-поясничной мышцы с двух сторон с определением средней длительности потенциалов двига-

тельных единиц, спонтанной активности (N) и амплитуды мышечного сокращения (Am).

Для анализа статистической значимости различий А пораженной и противоположной сторон использовали непараметрический критерий Манна – Уитни (U-критерий). Проводили корреляционный анализ бедренного нерва на уровне паховой связки и потенциалов двигательных единиц подвздошно-поясничной мышцы, а также результатов ВАШ и А пораженной стороны. Оценка ВАШ в среднем составила 7,90 балла, качество жизни по Освестри – 49,26%, средний балл DN4 – 4,26. Среднее анатомическое укорочение конечности составило 0,75 см, относительное укорочение – 1,50 см. Различие длины окружности бедра в среднем составляло 2,20 см в пользу «здоровой» стороны.

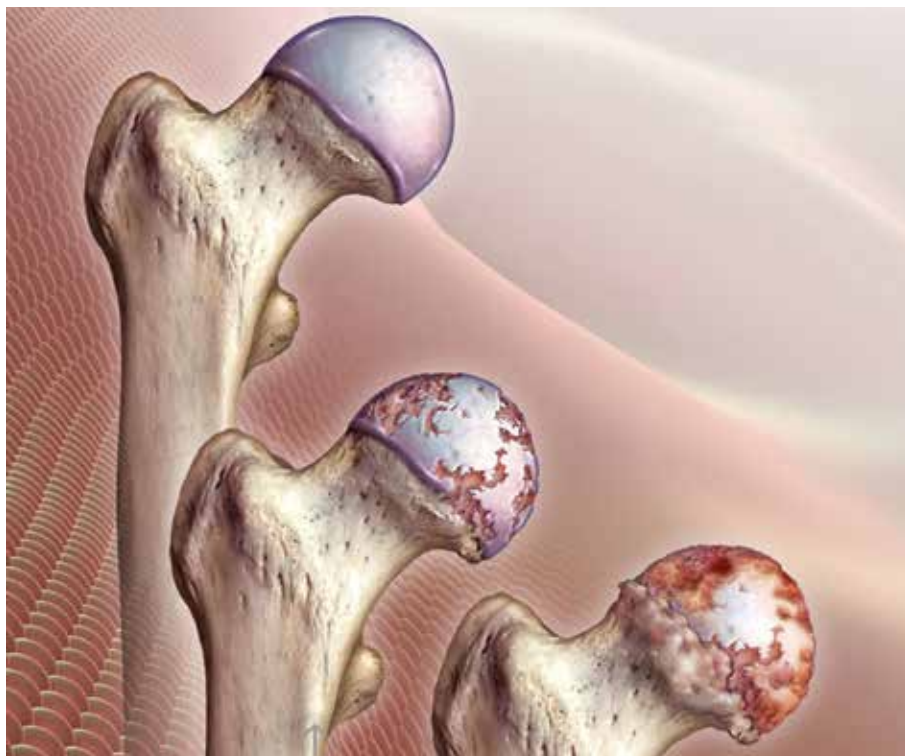
Dakm

Полученные в ходе исследования данные у пациентов с терминальной стадией коксартроза свидетельствуют об аксональном поражении бедренного нерва на уровне паховой связки в условиях избыточного патологического укорочения подвздошно-поясничной мышцы.

Согласно результатам электронейромиографии, со стороны патологического процесса средняя А была снижена на 1,60 мВ в сравнении с противоположной конечностью, на 3,24 мВ относительно нормальных показателей, что соответствует критериям подвздошно-бедренной невропатии.

Потенциалы двигательных единиц со стороны пораженного тазобедренного сустава были увеличены в среднем на 4,61 мс, что говорит об устойчивом асимметричном повышении тонуса подвздошно-поясничной мышцы. Показатели N со стороны патологического процесса превышали в среднем на 61,14% значения с противоположной мышцы. U-критерий свидетельствовал о статистической значимости различий А с пораженной и противоположной сторон.

Полученные в ходе исследования данные у пациентов с терминальной стадией коксартроза свидетельствуют об аксональном поражении бедренного нерва на уровне паховой связки в условиях избыточного патологического укорочения подвздошно-поясничной мышцы со стороны пораженного сустава, а также вынужденной вертикальной позы больного и относительным укорочением конечности. ■



ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ И ПРОФИЛАКТИКА ДОРСОПАТИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТОВ DRX9000 И DRX9500

Головина Т.В., генеральный директор, медицинский центр «АКСИОМА»,

Пронин И.Н., член-корреспондент РАМН, академик РАН, ННПЦН нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко, Москва

Проведены исследования эффективности аппаратов DRX9000 и DRX9500 для безоперационной спинальной декомпрессии у пациентов с дегенеративными заболеваниями межпозвонковых дисков с использованием стандартизованного протокола.

Ретроспективное исследование включало 190 пациентов с дегенеративными заболеваниями поясничного и шейного отделов позвоночника, подвергшихся моторизованной безоперационной спинальной декомпрессии аппаратами DRX9000 и DRX9500 в течение 6 недель с МРТ- и КТ-сканированием. Из них 100 мужчин и 90 женщин в возрасте от 18 до 75 лет.

Показаниями к лечению являлись боли в поясничном и шейном отделах позвоночника, обусловленные грыжами межпозвонковых дисков, протрузиями дисков, дегенеративными изменениями дисков, миофасциальным болевым синдромом, дегенеративными изменениями межпозвонковых суставов с формированием фасет-синдрома. Противопоказаниями являются: спондилолистез с нестабильностью, секвестрированная грыжа диска, метастазы, беременность, остеопороз, неспецифические и специфические спондилиты, гемиплегия.

Диагноз ставился на основании неинвазивных методов исследования: магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ), функциональных спондилограмм, неврологического статуса с тестированием. Основными оценками эффективности лечения были изменение боли, измеряемое по словесной шкале Oswestry (0 – отсутствие боли, 10 – интенсивные боли) и из-

менение гидратации диска, измеряемое T2 временем релаксации на МРТ перед и через 3–6 месяцев после лечения.

Метод лечения основан на локальной декомпрессии корешка на уровне пораженного сегмента. Внутри диска создается отрицательное давление, позволяющее обеспечить реоксигенацию, регидратацию и нормализацию трофики диска, что приводит его к восстановлению.

В результате лечения интенсивность боли у пациентов уменьшалась с 6,5 до 2,0 (66,7%) и с 6,5 до 0,8 (30,7%) баллов по шкале боли Oswestry.

Проведены пилотные исследования по измерению на МРТ T2 времени ре-

лаксации межпозвонкового диска, что позволяет количественно оценить увеличение гидратации диска. Выраженность хронической боли снизилась у 95% пациентов; 3–5-летний катамнез пролеченных больных показал, что у 86% сохраняется положительный результат.

Таким образом, нехирургическая спинальная декомпрессия является эффективным лечением дискогенных заболеваний шейного и поясничного отделов позвоночника с помощью систем DRX9000 и DRX9500. Этот метод является высокоэффективным инновационным методом реабилитационного лечения, не являясь альтернативой хирургическому методу лечения. ■



ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА В САНАТОРИИ

Снадина Р.М., Снадина Л.В., Зиннатуллина Р.Р. Лечебно-профилактическое учреждение профсоюзов санаторий «Шифалы Су – Ижминводы», Республика Татарстан

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника – настоящая чума XXI века. Это наиболее распространенные хронические заболевания в мире. Статистика ВОЗ свидетельствует: различными болезнями опорно-двигательного аппарата страдает 80% населения, причем большинство трудоспособного возраста – от 30 до 50 лет.

Исследовали выраженность болевого синдрома, качество жизни пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и позвоночника на фоне комплексного лечения хондроитином сульфатом (артрадол фирмы «Биок», Россия) и физиотерапевтическими методами (низкоинтенсивная импульсная магнитотерапия) в санатории «Шифалы Су – Ижминводы». Под наблюдением находились 37 пациентов, из них 19 женщин, 18 мужчин, средний возраст 63,4 года. Диагноз установлен по жалобам, данным клинично-лабораторного обследования, верифицирован рентгенологически.

Дегенеративно-дистрофические заболевания поясничного отдела позвоночника выявлены у 13 больных, остеоартроз коленного сустава – у 12 человек, остеоартроз тазобедренного сустава – у 9 человек, ревматоидный полиартрит – у 3 человек.

Пациентам проведено исследование: общий анализ крови с лейкоформулой, общий анализ мочи, биохимические исследования, тестирование на хламидии и уреаплазмы (пациентам с суставным синдромом нижних конечностей). Болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в мм в начале болезни (до лечения) и через 6 недель лечения.

Качество жизни изучалось при помощи опросника SF-36 при первом обращении пациента (до начала лечения) и через 6 недель лечения.

Пациентам с первого дня в комплексной терапии назначался хондроитин сульфат (артрадол) 100 мг внутримышечно через день, курсом 20 инъекций. Из-за выраженного болевого синдрома 11 пациентам (в том числе 7 мужчинам) был дополнительно к хондроитину сульфату

Факт

Применение комплексного лечения препаратом хондроитина сульфата в сочетании с низкоинтенсивной импульсной магнитотерапией при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов и позвоночника приводит к улучшению качества жизни.

назначен мелоксикам 15 мг внутримышечно на 3 дня.

Физиотерапевтическое лечение (низкоинтенсивная импульсная магнитотерапия) получали 18 пациентов. Статистическая обработка результатов проведена с помощью компьютерной программы Statistica v.6.0 с использованием критерия Стьюдента.

На фоне проводимого лечения отмечалось улучшение самочувствия у большинства пациентов (91%), связанное с уменьшением болевого синдрома, увеличение объема движений в пораженном суставе.

Таким образом, применение комплексного лечения препаратом хондроитина сульфата (артрадол) в сочетании с низкоинтенсивной импульсной магнитотерапией при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов и позвоночника приводит к улучшению качества жизни за счет уменьшения болевого синдрома, увеличения физической активности и ролевого функционирования. ■



МАГНИТОИНФРАКРАСНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Ибрагимов Ф.И., Войтков А.И., Шамсутдинов З.В., санаторий «Бакирово», Республика Татарстан

Проблема остеоартроза по социально-экономической и медицинской значимости как причина инвалидности, снижения качества жизни больных очень серьезная. По распространенности остеоартроз занимает одно из ведущих мест среди заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Главными клиническими проявлениями этого заболевания являются выраженность болевого синдрома при движении, преимущественное поражение крупных суставов, несущих наибольшую физическую нагрузку, ограничение подвижности, хруст в суставах, изменение их формы.

Ведущим звеном в патогенезе этого заболевания является нарушение обменных процессов в организме. В основном повреждается суставной хрящ, в котором возникают дегенеративные изменения, нарушаются метаболические процессы, изменяется микроциркуляция в суставных тканях, синовиальных оболочках и эпифизах.

Для изучения действия магнитоинфракрасной лазерной терапии (МИЛТ) в сочетании с природными факторами при лечении больных остеоартрозами были отобраны и находились под наблюдением 40 человек в возрасте от 30 до 60 лет с длительностью заболевания от 2 до 10 лет. Вся группа больных являлась практически однотипной с незначительным диапазоном показателей объективного и субъективного характера.

Наблюдаемых больных распределили на 2 подгруппы: основную и контрольную.

Основная подгруппа (22 человека) получала комплексное лечение и МИЛТ на пораженные суставы на аппарате «Рикта», в котором использовалось лечебное воздействие одновременно нескольких излучений, а именно: импульсного лазерного излучения инфракрасного диапазона, непрерывного инфракрасного излучения красного видимого света и постоянного магнитного поля. Одновременное воздействие различных излучений обычно дает улучшенный лечебный эффект по сравнению с тем, когда эти излучения применяются отдельно.

Методика воздействия на суставы контактная, частота переменная, время воздействия – по 2 минуты на каждую зону, ежедневно курсом 8–10 раз.

Комплексное лечение включало грязевые аппликации температурой 38–40 °С на 10 минут через день, на курс 8–10 раз, сероводородные ванны типа «Мацеста» (концентрация H_2S 50–150 мг/л воды) температурой 36–37 °С по 10 минут через день, 8–10 ванн на курс лечения. Применяемое лечение сочеталось с диетическим питанием, лечебной гимнастикой, массажем.

Контрольная подгруппа (18 человек) получала комплексное лечение, аналогичное основной группе, без МИЛТ.

Результаты исследований показали, что при применении МИЛТ на пораженные суставы в сочетании с комплексным лечением положительный эффект наступал быстрее и выражался в уменьшении (либо исчезновении) боли в суставе, увеличении объема движений, исчезновении (уменьшении) хруста в суставе, улучшении общего состояния. У больных 1-й подгруппы улучшение самочувствия, связанное с незначительным уменьшением боли, наступило к 5-му дню лечения, а болевой синдром исчез на 10 день терапии. В контрольной подгруппе эффективность лечения была ниже. Оценка результатов лечения показала, что у больных 1-й подгруппы, получивших МИЛТ, из 22 больных значительное улучшение достигнуто у 9 (40,5%), улучшение – у 7 (30,0%), без улучшения выписались 6 человек (29,5%).

Во 2-й подгруппе значительное улучшение наступило у 6 больных (33,3%), улучшение – у 5 (27,7%), без улучшения выписалось 7 человек (39,0%).

Полученные данные дают возможность полагать, что МИЛТ в комплексе лечебных мероприятий у больных остеоартрозами оказывает обезболивающий, стимулирующий эффект, корригирует нейротрофические процессы, улучшает состояние защитно-приспособительных механизмов и тем самым способствует стойкому улучшению состояния.

Магнитоинфракрасная лазерная терапия достаточно проста и доступна, что позволяет рекомендовать ее для применения в санаториях, поликлиниках, стационарных условиях. ■

Rakm

Результаты исследований показали, что при применении МИЛТ на пораженные суставы в сочетании с комплексным лечением положительный эффект наступал быстрее и выражался в уменьшении (либо исчезновении) боли в суставе, увеличении объема движений, исчезновении (уменьшении) хруста в суставе, улучшении общего состояния. Магнитоинфракрасная лазерная терапия достаточно проста и доступна, что позволяет рекомендовать ее для применения в санаториях, поликлиниках, стационарных условиях.

СПРОС НА МЕДИЦИНСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ БУДЕТ РАСТИ

Учредитель и коммерческий директор компании «МедМарт» Евдокия Любимова уже много лет специализируется на выборе и поставке медицинского и спа-оборудования для клиник, отелей с медуклоном и санаториев. Она отметила, что сейчас высокий спрос на постковидные и антиэйджинговые (антивозрастные) программы. Плюс растет спрос на профессиональных психологов, которые помогают оправиться после ковида и предотвратить эмоциональное выгорание.

Также она рассказала в статье, по каким параметрам выбрать фирму, которая грамотно подберет оборудование, исходя из локации и особенностей вашего отеля или санатория.

— Евдокия, как Вы пришли в эту сферу деятельности?

— Наша компания занимается комплексным оснащением медицинских учреждений и осуществляет консалтинг по открытию клиник. Спа и санатории, отели с медицинским уклоном чаще всего попадают в разряд клиник. У нас были объекты в Сочи и других городах. Причем мы поставляем не только спа-оборудование, но

и медицинское, физиотерапевтическое и реабилитационное оборудование. Любое санаторное лечение обязано иметь медицинскую лицензию, как и косметология.

Если говорить про то, как я пришла в этот бизнес, то мой путь извилист и тернист. Изначально я работала парикмахером, потом меня повысили до управляющей салона



красоты. Далее я открыла свой косметологический центр – мой первый бизнес. Потом я его продала из-за кризиса. Он был успешным, но с каждым годом конкуренция росла, бизнес потребовал инвестиций, мы стали их искать и неожиданно получили предложение о выкупе долей целиком. И потом меня пригласили открывать филиал московской компании по продаже медицинского оборудования, и эта деятельность меня затянула. Я проработала там три года, а потом открыла аналогичную фирму. Это мой второй бизнес.

– Какое оборудование сейчас востребовано отелями с медицинским уклоном, санаториями – расскажите про тенденции.

– Сейчас очень популярна анти-эйджинговая терапия – клиника превентивной медицины или управления возрастом. Это пограничное направление, похожее на санаторное. Ковидные времена вносят много сумятицы в наш мир, и в наш рынок в частности. В санатории сейчас часто ездят на постковидную реабилитацию. Есть некоторые исследования на эту тему: большой популярностью пользуется кислородная терапия, плазмаферез (очистка крови), психологическая разгрузка – это три самых популярных направления в связи с ковидом. Также имеет спрос общее санаторное направление – перечень процедур по терапии и реабилитации достаточно обширный.

Мы рекомендуем сначала определить, на какой тип пациентов будет ориентироваться санаторий или отель с медуклоном. Также выбор оборудования будет зависеть от локации медучреждения. Мы предлагаем маркетинговый скрининг – небольшое маркетинговое исследование данной локации с учетом конкурентов на этой территории и спроса на определенные услуги, чтобы выяснить, какие методики будут здесь востребованы.

Если говорить про общую медицину, то здесь чаще популярны направления: гинеколог, лор, гастроэнтеролог. Но что касается косметологии, физиотерапии и реабилитации – надо смотреть очень конкретно: пойдет ли здесь фототерапия или нужна бальнеология, и какая конкретно? Если отель премиум-сегмента, например, то нужна определенная подсветка.



Или вообще бальнеология не нужна, так как рядом источник грязи. Легко ли для процедур достать расходные материалы. Клиент всегда постарается воспользоваться такими вещами, потому что если мы едем в Боржоми, то логично, что будем пить целебную воду. А если едем на море, то будем больше купаться и загорать. Соответственно, нужно сделать акцент на релаксирующие виды отдыха и лечения. Если отель или санаторий находится вблизи больницы, которая занимается серьез-

ной хирургией, то сработает направление постоперационной реабилитации.

Так что на ваш вопрос нет однозначного ответа. Все зависит от локации объекта. Самое главное – привлечь хорошего аналитика-маркетолога с опытом в медицине, который хорошо оценит все сильные и слабые стороны объекта. Медицинское оборудование очень дорогостоящее, поэтому взять с потолка и купить 20 лазеров и 20 ванн – это слишком дорого для ошибки, она обойдется вам в копейчку. Надо точно

понимать, что эти виды реабилитации в вашей клинике или санатории, отеле с медуклоном будут востребованы.

– Что можно посоветовать руководству отеля, санатория при выборе компании, которая занимается поиском поставщиков медицинского оборудования? Как Вы сказали, медоборудование – дорогостоящее удовольствие, цена ошибки слишком высока!

– Любое медицинское оборудование – это также требование к поставке. Требуется большой перечень медицинской документации, основное – регистрационное удостоверение, которое гарантирует, что это оборудование не навредит пациенту. Если вы звоните в компанию с вопросом, есть ли на этот прибор регистрационное удостоверение, а вам с ходу говорят, что удостоверения не нужно, то кладите трубку и не работайте с ними.

После ковида законодательство в медицинской сфере сильно ужесточили: оборудование строго проверяют по всем нормам, и поэтому проще купить оборудо-

вание, которое сразу отвечает всем необходимым нормам. Вам же будет спокойнее, что вы не вредите пациентам и у вас не будет жалоб и штрафов. К сожалению, в случае с использованием некачественного медоборудования бывают печальные истории, вплоть до летальных исходов. Лучше перестраховаться и купить проверенные приборы – их можно проверить на сайте в реестре Росздравнадзора. Компания должна предоставить хотя бы какие-то отзывы: обычно нормальные организации реагируют на запрос и предоставляют отзывы, это не секрет.

Многие компании везут контрафакт и пытаются доказать неопытным бизнесменам, что это нормально, поэтому проверка наличия полного пакета медицинских документов на оборудование – это очень важно.

– Как Вы помогаете отелям выбирать оборудование?

– Специфика нашей деятельности в том, что оборудования очень много, и человеку со стороны разобраться в этом

многообразии действительно сложно. Обычно медицинские поставщики специализируются на одном направлении. И если компания до этого продавала только хирургическое оборудование, а потом вдруг взялась поставить вам аппараты для реабилитации – может, они и сделают хорошо, но первые шишки набьют именно на вас.

Чаще к нам приходят по рекомендациям. Но также на сайте у нас много открытой информации – можно посмотреть, с кем мы работали.

Действуйте так же, как вы выбираете бытовую технику или автомобиль – у каждого свои требования к поставщику.

– Насколько вообще развит рынок медоборудования – есть ли выбор, достаточно ли на рынке качественных вещей, каких позиций не хватает?

– Мы должны ориентироваться на приказы. Когда мы лицензируем клинику, мы не можем не соблюсти приказ по оснащению – в приказах прописан минимальный набор оборудования, который





должен быть. В физиотерапии должен быть дарсонваль, УФ-аппарат, лазер и прочие приборы из минимального перечня. Но предприниматель может купить что-то дополнительное, конечно.

Минимальный перечень оборудования по физиотерапии – это российские производители. И я очень горда российской промышленностью именно в направлении физиотерапии. На мой взгляд, российский производитель делает все очень функционально и качественно. К сожалению, слабое место, которое многим не нравится, – это дизайн приборов. Все были в советских медицинских кабинетах: дизайн медоборудования до сих пор не изменился. Но на качество лечения это никак не влияет. Это немного смущает премиум-клиники и лакшери отели, которые хотят, чтобы было красиво и стильно.

Эконом-сегмент покупает российских производителей, а бизнес или премиум-сегмент делает выбор в пользу пары иностранных производителей физиотерапевтического оборудования, которые поинтереснее по дизайну и шире по функционалу лечебных процедур. Это называется «комбайны». В принципе, это удобно. Оборудование не простаивает и быстрее окупается.

Если говорить про цены, то на рынке очень большой разброс. Среднестатистический физиотерапевтический

прибор стоит в районе 50 тысяч, а следующий по цене, иностранный, уже около 300 000, нет середины. Либо Россия – дешево, либо иностранное – дорого. В среднем сегменте есть пробел.

Сейчас в России всего 3 дистрибьютора реабилитационного оборудования. Особого выбора нет, да и методики очень дорогие, в частном сегменте это направление трудно окупить, поэтому реабилитационных центров и отелей в России немного, хотя это направление очень активно развивается: на инвалидов наконец-то обратили внимание. Также сейчас имеется высокий спрос на постковидную реабилитацию, это очень перспективное и интересное направление.

Третий сегмент – косметологическое оборудование, которое близко к спа- и релакс-методикам. На рынке очень много производителей, в том числе и Китая, это активное в развитии направление, с каждым годом появляется множество новых методик. Но особенность в том, что это псевдоинновации, потому что, по большому счету, нового в аппаратной косметологии ничего не появлялось уже около 15 лет. Всё «новое», что привозят на рынок, – это старые, но немного усовершенствованные методики, однозначно – ничего принципиально нового в них нет. На косметологическое оборудование нужны медицинские документы, а на спа – нет. Поэтому по

спа выбор больше, потому что производители и поставщики не обязаны получать Регистрационное удостоверение (РУ): отсюда проще привезти товар, даже линейку (спа-кушеток огромное количество всех видов и размеров). Получение РУ долгое и дорогое, и не каждый поставщик готов вникать в этот процесс.

– Каковы подводные камни при заказе оборудования?

– Первое и главное условие – вам надо свериться с приказами оснащения. Если вы говорите, что лечите и оздоравливаете, профилактируете, то это медицинские термины. Если вы указали это слово в рекламе – значит, вы – медицина и должны лицензироваться и иметь квалифицированных специалистов с определенным образованием. Спа и медицина – это грань, между которой некоторые опасно ходят. Вы лечите? Значит, вы медицина. Если вы предоставляете услугу обертывания, то можно не получать лицензий, потому что это не медицинские методики. Если есть слово массаж – даже «тайский массаж», – то это медицинская услуга и вы должны иметь документ. Надо четко понимать, что вы предоставляете: просто спа-услугу или оздоровление.

Второе условие – важно понимать стандарт оказания помощи по данной



методике. Не всегда можно просто взять и с улицы отправить пациента на методику, есть противопоказания, то есть для некоторых методик должны быть еще и консультативные кабинеты узких специалистов и диагностика, тогда можно точно говорить о лечении, а не просто «зарабатывании денег».

– Поделитесь прогнозами на будущее: какие тренды, какие направления будут только набирать спрос, а что отойдет в прошлое?

– Однозначно будет набирать обороты антиэйджинг. Последние 2–3 года у нас бум спроса на эту концепцию центра. Антиэйджинг – это управление возрастом. Наконец-то Россия дошла до того уровня, что нужно не только лечить заболевания, но и вовремя их предотвращать. Это превентивная медицина, когда мы управляем возрастом за счет того, что задумываемся о перспективе

ближайших лет. Все мы имеем предрасположенность к некоторым заболеваниям, и лучше заняться их профилактикой, пока они еще не развились. Генетическая предрасположенность или семейный анамнез (рак, например). И превентивная медицина оказалась по сути рядом со спа, потому что люди сейчас больше всего страдают от стресса. В городе плохой воздух, плохая вода и пища, стресс от пробок, от работы – и любая превентивная медицина все равно так или иначе завязана на теме релакса. Психотерапия, расслабляющие и косметологические процедуры, спа-методики.

В антиэйдж делают скрининг (чек-ап), поверхностное исследование для профилактики. То есть даже если у вас не болит сердце, вы идете на ЭКГ. Или не болит женская половая система, но вы сделали УЗИ органов малого таза. В протоколы медицинского лечения уже входят превентивные методики: например, скрининг рака шейки матки: все гинекологи отправляют пациенток на кольпоскопию и сдачу

ВПЧ, чтобы заметить его на ранней стадии и легко предотвратить. Или маммография – это тоже превентивный скрининг.

Антиэйджинг проводит полный скрининг организма – анализы, функциональная диагностика и пр. Пациенту выдается карта, где будут указаны его слабые места и будет составлен план лечения (если нужно лечить) и предотвращения заболеваний, если они потенциально возможны. Это современная, интересная, востребованная концепция, поэтому многие отели с медуклоном, санатории открывают у себя антиэйджинг направление либо даже перепрофилируются в него.

– Какие бы советы Вы дали отельерам, которые хотят включить в сферу услуг медицинское направление или изначально сделать акцент на оздоровлении и профилактике заболеваний?

– Не люблю давать общие советы, потому что они не рабочие. Все очень за-

висит от локаций и от задач конкретного отеля и санатория. Методик много, про каждую можно до 10 статей написать. Антиэйджинг и постковид нужно раскрыть подробнее: это сейчас на волне.

Ковидная тема. Сначала все открывали ковидные клиники, а теперь открывают постковидные клиники и подобное направление при санаториях и отелях. Как выяснилось, не так страшен сам ковид, как последствия после него. Основной удар идет на центральную нервную систему (ЦНС) и на психологическое здоровье. Конечно, и на легкие оказывается серьезное негативное воздействие. Доказанный факт, что осложнения идут также на сердечно-сосудистую систему, но чуть в меньшей степени, чем первые три. Мы делали анализ по регионам и увидели, что сейчас идет рост спроса на психологов. То ли ковид так повлиял, то ли людей так накрутили, то ли людям тяжело сидеть на удаленке, но психолог – это топ, рынок психологии испытывает большой дефицит, кадров мало. Психологические методы никак не завязаны на медицинское оборудование, конечно. Отлично, если и при отеле или санатории будет работать профессиональный психолог – человек может отдохнуть не только физически

и поправить свое здоровье, но и снять стресс, проблемы в голове.

Сейчас очень актуально санаторно-курортное лечение при отеле – диеты (это очень актуально для девушек). Отели организуют диетические столы как фишку, конкурентное преимущество. Сейчас модно доносить до гостей, что в штате отеля или санатория есть диетолог и он может дать консультации и пропишет, как правильно питаться в ресторане. На этом моменте можно построить продажи в отеле.

Для постковидной профилактики важен плазмаферез – это аппарат, который забирает кровь, прокачивает ее через фильтры-мембраны и возвращает пациенту очищенной. Очистка крови – это методика для профилактики всех тяжелых заболеваний. Доказательные медики не очень любят слово иммунитет, но можно сказать, что эта процедура вызывает хороший отклик организма на формирование иммунитета. Я не медик – медики могут придираться к моим словам. Скажу, что организм активнее начинает бороться с внешними возбудителями.

Также при постковидной адаптации важна кислородная терапия, так как сатурация кислорода в крови понижается при ковиде. Этот показатель (насыщенность

крови кислородом) очень важен для эффективной жизнедеятельности. И если вас постоянно клонит в сон, у вас унылое, сонное состояние – скорее всего, у вас недостаток кислорода в крови.

Классика еще времен СССР – это кислородные коктейли, сейчас они тоже популярны. В отелях до сих пор успешно работают фитобары с очень красивыми оздоровительными коктейлями. Даже в Турции есть тенденция к оздоровительным коктейлям. Есть внутривенное введение кислорода, но это уже инвазивная методика. Также кислородом можно дышать через маску.

Когда мы говорим о психологических нарушениях, то здесь помогает отдых. Иногда для реабилитации достаточно убрать человека из стрессовой ситуации, провести спа и другие релаксирующие методики, которые направлены на расслабление: все виды массажей, гидромассажные ванны, обертывания – это на самом деле все относится к психотерапии и очень помогает восстанавливаться. Если отели будут использовать эти методы, уверена, большое число людей обратят на них свое внимание. ■

Владислав Лапинский



ТЕПЛОВИДЕНИЕ: КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ

Колесов С.Н., доктор мед. наук, профессор, Абызова Н.Е., Легурова С.В., Муравина Н.Л., Прилучный М.А., Центр медицинского теплорадиовидения, Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Нижний Новгород

Реактивные артриты – воспалительные заболевания суставов, возникшие в результате иммунных нарушений после перенесенной инфекции или одновременно с ней. По литературным данным, за последние годы количество пациентов с реактивными артритами увеличилось более чем в 6 раз.

В настоящее время диагноз реактивного артрита ставится на основании диагностических критериев, принятых на III Международном совещании по реактивным артритам в Берлине в 1995 году. Согласно этим клиническим критериям, диагноз реактивного артрита можно выставить лишь в том случае, если у больного имеет место типичный периферический артрит, протекающий по типу асимметричного олигоартрита с преимущественным поражением суставов нижних конечностей.

Обычно реактивные артриты носят иммунокомплексный характер, то есть возникают вследствие нарушений иммунитета у генетически предрасположенных лиц из-за недостаточной утилизации комплексов антиген – антитело макрофагальной системой.

Число пораженных суставов обычно невелико (до 4), артрит чаще несимме-

тричен. Преимущественно поражаются крупные суставы нижних конечностей, характерно развитие энтезопатий – воспаления сухожилий в местах их прикрепления к костям.

Наиболее часто встречаются следующие формы реактивных артритов:

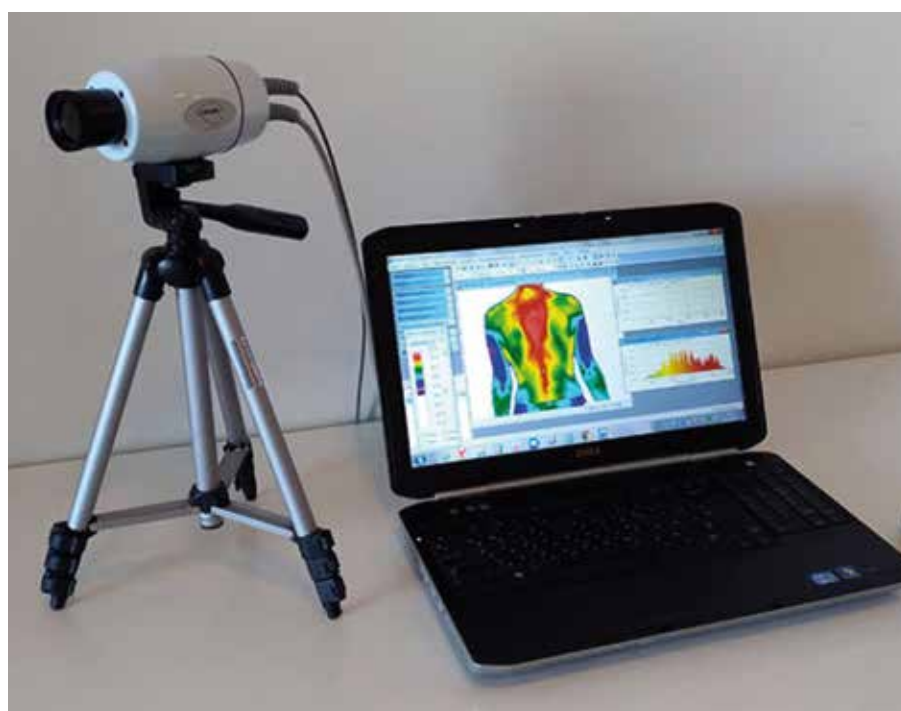
- постэнтероколитические реактивные артриты (пусковыми агентами в данном случае являются сальмонеллы, иерсенин, шигеллы, клостридии, кампилобактер);
- урогенитальные реактивные артриты (триггеры – хламидии, уреаплазма, токсоплазма, вирус иммунодефицита);
- реактивные артриты после носоглоточной инфекции.

Во многих случаях продолжительность активного воспалительного процесса небольшая (от нескольких дней до нескольких недель), при этом реактивный артрит проходит самостоятельно.

Одним из наиболее информативных методов диагностики артритов и методом контроля эффективности их лечения является медицинское тепловидение.

Медицинское тепловидение является уникальным неинвазивным методом диагностики и контроля состояния больного при разных заболеваниях. В основе метода лежит дистанционная регистрация теплового излучения тела человека в инфракрасном диапазоне длин волн. Интенсивность этого излучения характеризует тепловое состояние тканей, их температуру. В зависимости от повышения или понижения местной температуры на фоне привычных очертаний тела или конечности усиливается или, напротив, ослабевает интенсивность свечения. Таким образом, тепловидение дает одновременное представление об анатомо-топографических и функциональных изменениях, являясь единственным методом, позволяющим придать видимую форму болевой реакции пациента. Это надежный, высокочувствительный метод, который не имеет противопоказаний к многократному применению вследствие своей абсолютной безвредности. Благодаря этому тепловидение прекрасно не только подходит для решения диагностических задач, но и является идеальным методом для оценки эффективности лечения, будучи по своей сути методом функциональной диагностики, отражающим состояние организма на момент обследования.

Использование тепловидения для оценки болевого синдрома у детей с реактивными артритом доказало высокую информативность метода в определении числа пораженных суставов, степени выраженности местных воспалительных изменений, а также в контроле эффективности лечения.

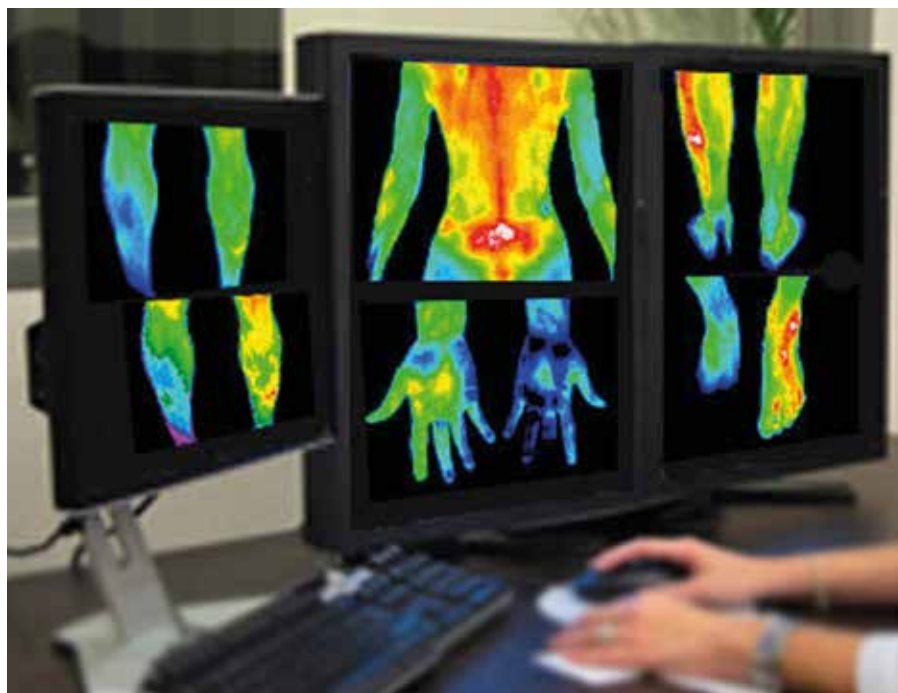


Методика проведения тепловизионного исследования включала оценку тепловой картины следующих областей: акромиально-ключичных и грудино-ключичных сочленений; крупных суставов рук (плечевых, локтевых, лучезапястных); мелких суставов кистей; крупных суставов ног (тазобедренных, коленных, голеностопных); мелких суставов стоп; крестцово-подвздошных сочленений.

При нарушении нормальной термотопографии в проекции сустава дополнительно проводилось крупномасштабное исследование мест прикрепления к этим суставам сухожилий. Подобная методика позволяла с большей вероятностью исключить или подтвердить наличие тендосиновитов и тендопериоститов. Для уточнения воспалительного генеза регистрируемой патологии мелких суставов кистей, а также степени активности процесса обследование дополнялось проведением холодной пробы (погружение кистей в емкость с водой комнатной температуры на 1 минуту) с последующей оценкой динамики восстановления тепловой картины в течение 10 минут.

Тепловизионные исследования показали, что в большинстве случаев нарушение тепловой картины выявляется не только в проекции сустава, на который жалуется больной, но и симметричного, а также и других суставов, преимущественно на стороне страдающего сустава.

Были проведены тепловизионные обследования 127 детей в возрасте от 4 до



14 лет с реактивными артритом различных генеза. Чаще всего причина артрита была неизвестна. Только в 10% случаев родители четко связывали возникновение болей в суставах с недавно перенесенной респираторно-вирусной или урогенитальной инфекцией. При клиническом осмотре в большинстве случаев в области сустава, на который ребенок предъявлял жалобы, местные признаки воспаления отсутствовали.

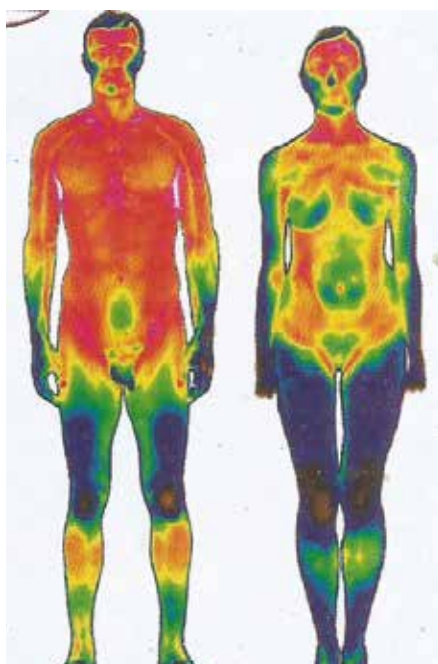
Выявлены некоторые особенности тепловизионной картины, характерные для реактивных артритов у детей:

- несмотря на наличие болевого синдрома в области одного сустава нарушение нормальной термотопографии регистрируется в проекции нескольких суставов по типу поли- или олигоартрита с преимущественным поражением крупных суставов ног;
- максимальные значения градиента температуры между пораженным суставом и окружающими участками составляет 1,5–2 °С, в единичных случаях были зарегистрированы значения выше 2,5 °С;
- при тепловизионной картине поражения нескольких суставов, но при жалобах больного на боли в одном суставе может и не быть преобладания выраженности нарушений тепловой картины в проекции именно этого сустава по сравнению с остальными, в проекции которых имеются нарушения нормальной термотопографии;

- при жалобах на боли в одном из суставов чаще всего имеется нарушение нормальной термотопографии и симметричного сустава, но отличающееся по уровню интенсивности свечения, что обуславливает асимметрию тепловой картины над парными суставами;
- в единичных случаях выявляются дополнительные локальные зоны гипертермии в местах прикрепления сухожилий к голеностопным, лучезапястным и плечевым суставам, то есть признаки тендосиновитов и тендопериоститов.

Большинство обследованных детей наблюдались в динамике: в момент предъявления жалоб на боли в суставе и в период без жалоб. В период активности процесса изменения тепловой картины в проекции суставов выявлены в 100% случаев (в 97% – в проекции сустава, который беспокоит ребенка, в 3% – в проекции симметричного или других суставов). В период ремиссии или на фоне лечения тепловизионные признаки артрита также выявлялись в подавляющем большинстве случаев (до 80%), но степень выраженности этих изменений была значительно меньше.

Таким образом, результаты исследований показали, что применение тепловидения помогает уточнить клинический диагноз у детей с жалобами на боли в суставах и проследить развитие процесса во времени. ■



ЭФИРНЫЕ МАСЛА ПРИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ ДОРСОПАТИЯХ

Агасаров Л.Г., доктор мед. наук, профессор, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, **Кончугова Т.В.**, доктор мед. наук, профессор, Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, **Бокова И.А.**, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы

Затяжное течение и терапевтическая устойчивость дорсопатий определяют необходимость оптимизации существующих способов их коррекции. Одним из подобных способов является массаж эфирными маслами, однако раздражение зон, включающих точки рефлексотерапии, сближает данный подход с биопунктурой – стимуляцией данных точек различными агентами.

С учетом этого предложен новый способ применения эфирных масел путем нанесения на проекции точек рефлексотерапии. Для сравнения эффективности двух видов использования масел при дорсопатиях обследовали 90 пациентов с обострением пояснично-крестцовой дорсопатии, используя шкалу интенсивности боли, психологические тесты, а также блок электрофизиологических методов.

Пациенты были распределены на три группы, в которых выполняли стандартную терапию. Помимо этого, в двух группах применяли смесь масел: в 1-й путем массажа, во 2-й – биопунктуры. В 3-й, контрольной, группе использовали плацебо в виде парфюмерной субстанции. Воздействие состояло из 10 процедур.

В результате в абсолютном большинстве наблюдений отмечена выраженность боли, достигающей 3,7 балла (при максимуме 5 баллов). При этом у 81% лиц



прослеживались невротические знаки, подтвержденные в ходе тестирования. Повышение температуры в поясничной области на фоне ее падения в области го-

леней указывало на реализацию вазоспастических механизмов, что согласовывалось с данными рео- и доплерографии.

В лечебной фазе подтверждена большая эффективность обоих видов использования масел: улучшение в этих группах отмечено в 60,0–63,3% наблюдений против 49,9% в контроле. Соответственно, здесь положительные сдвиги электрофизиологических показателей превосходили результаты плацебо. С другой стороны, устойчивая анальгезия достигалась в среднем после 6,2 процедуры в 1-й группе и 5,3 во 2-й группе. В исходной пропорции снижалась и интенсивность болевых ощущений – на 55,5 и 61% соответственно.

Представленные различия могут быть объяснены релаксирующим влиянием низких дозировок ароматов, что согласуется с нормализацией психического фона именно в ответ на биопунктуру эфирными маслами. ■



ОБ ОПЫТЕ ЗАНЯТИЙ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБОЙ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Богомолова М.М., канд. биол. наук, Камчатников А.Г., канд. биол. наук, Чемов В.В., Козлов И.В., доктор мед. наук, Волгоградская государственная академия физической культуры, Прыткова Е.Г., канд. пед. наук, Волгоградский государственный технический университет, Волгоград

■ На сегодняшний день число пациентов, перенесших COVID-19, в мире все еще стремительно растет.

Особенностью данной категории пациентов является многообразие проявлений постковидного синдрома: нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, нервной системы, расстройства психической сферы и пр. Таким образом, реабилитация больных, перенесших коронавирусную инфекцию, должна быть разносторонней и мультифункциональной.

Специфической особенностью реабилитации является условие соблюдения социальной дистанции во время занятий.

Скандинавская ходьба как средство реабилитации по условиям проведения и методам вполне соответствует данным требованиям, а именно – проводится на свежем воздухе, в аэробном тренировочном режиме, хорошо дозируется, производит направленное действие на суставы и мышцы, сердечно-сосудистую систему, а также оказывает выраженный оздоровительный эффект.

Проведены исследования по оценке эффективности занятий скандинавской ходьбой для реабилитации у пациентов, перенесших COVID-19. Под наблюдением находились 17 женщин в возрасте 36–55 лет, перенесших COVID-19 легкой и средней степени тяжести. Занятия скандинавской ходьбой проводились на открытом воздухе в парке Волгограда в течение 3 месяцев, в режиме 2–3 занятия (35–



70 мин) в неделю. Продолжительность занятия увеличивалась постепенно с 35 до 70 мин. Структура занятий состояла из 3 частей: 1-я – вводная (15–25 мин), 2-я – основная (15–30 мин), заключительная (5–15 мин).

Вводная часть занятия включала разминку и подводящие упражнения, основная часть – собственно скандинавскую ходьбу (600–2600 м), заключительная – легкие силовые упражнения и стретчинг. Для контроля за величиной нагрузки и скоростью восстановления сердечно-сосудистой системы в течение занятия измеряли частоту сердечных сокращений до, после и на пике нагрузки, до и после занятия, а также в начале и конце тренировочного цикла определяли оксигеометрию и величину жизненной емкости легких. До начала занятий скандинавской ходьбой и через 3 месяца проводили оценку качества жизни по опроснику SF-36. Как показало исследование, по окончании 3 месяцев занятий скандинавской ходьбой скорость восстановления частоты сердечных сокращений в конце занятия улучшилась с

11,4 до 6,1 уд/мин, что свидетельствует о нормализации окислительно-восстановительных процессов в организме.

Положительные изменения в результате регулярных занятий скандинавской ходьбой также подтверждаются увеличением жизненной емкости легких и процента насыщения крови кислородом с 1850 до 2570 мл и с 94,2 до 95,6 соответственно. По результатам самооценки качества жизни у пациентов выросла жизненная активность с 40,8 до 49,3 балла, а также увеличились физический и психологический компоненты здоровья с 42,9 до 52,4 и с 37,5 до 46,3 балла соответственно.

Таким образом, регулярные дозированные занятия скандинавской ходьбой на открытом воздухе оказывают позитивное воздействие на физическое и психическое восстановление пациентов, перенесших COVID-19 легкой и средней степени тяжести.

Нагрузка должна подбираться индивидуально с учетом возраста, предшествующего двигательного опыта и состояния занимающегося. ■



СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ И WELLNESS-ИНДУСТРИИ

Машковский Е.В., канд. мед. наук, доцент кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации, Сеченовский институт, Москва

В Госпрограмме развития здравоохранения в Подпрограмме 5 сформулирована цель «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям», что означает увеличение доступности санаторно-курортного лечения для пациентов – не менее 45% (Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 г. № 2511-р.).

Согласно данным Росстата за 2017 год, охват населения РФ санаторно-курортным лечением (Здравоохранение в России, 2017. Росстат) должен увеличиться за 3 года на 40%.

Почему такие низкие показатели? В качестве основных причин можно рассматривать:

- неэффективность ведения старой системы санаторно-курортного лечения;
- недостаточный учет новых трендов;
- готовность и обученность кадров.

Где дается определение основным понятиям, таким как «санаторно-курортное лечение», «Велнес (Wellness – туризм)», СПА (спа/SPA)?

В Федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 40 «Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение», п. 3 «Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь...», дается определение: «Санаторно-курортное лечение – медицинская помощь, осуществляемая в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных факторов, в условиях пребывания на курорте, в лечебно-оздоровительной местности, в санаторно-курортных организациях».

Решением коллегии Министерства Здравоохранения РФ от 23.11.2008 г. № 11



«О концепции государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации» определено, что «Велнес» (англ. Wellness – «хорошее самочувствие») – концепция здорового образа жизни, основанная на сочетании физического и ментального здоровья, здорового питания, разумных физических нагрузок и отказа от вредных привычек. Wellness-туризм – это оздоровительный отдых.

ЧТО ТАКОЕ СПА/спа/SPA?

Спа – это бальнеологические и сопутствующие процедуры.

Происхождение:

- По названию курорта Спа, г. Льеж, провинция Валлония, Бельгия.
- SPA – «sanitas per aqua» – здоровье через воду (лат.).

Спа – косметологически-оздоровительный комплекс мероприятий, чаще повышенной комфортности, иногда включающий в себя медицинские процедуры (ЕВМ).

Типичный «спа-набор»: ванны/сауна/хамам, уход за кожей лица и тела. Массаж, маникюр и педикюр, парикмахерская.

ТРЕНДЫ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ОТДЫХА (велнес-туризма)

- Омоложение клиентской аудитории. Причины: наличие проблем со здоровьем, мода на здоровый образ жизни.
- Популярность отдыха в межсезонье: молодые отдыхающие – финансовые причины; отдыхающие среднего и старшего возраста – желание избежать большого числа отдыхающих.
- Создание медицинских спа-отелей как альтернативы санаториям с лечением – отели, где предлагают косметические и



Кроссфит



Гонка героев



Флоатинг закрытого типа



Флоатинг открытого типа



Различные виды гидротерапии



Инфракрасные сауны и кабины



Общая криотерапия



Местная криотерапия – косметическая процедура

медицинские процедуры, спортивные программы. Условия повышенной комфортности.

- Сокращение сроков пребывания. Стандартный срок пребывания – 21 день, 7–8 лет назад срок пребывания составлял 14 дней, в настоящее время сократился до 5–12 дней. Переход от лечения к выздоровлению.

При этом стали использоваться активные виды отдыха.

КАК СДЕЛАТЬ НАШИ САНАТОРИИ БОЛЕЕ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНЫМИ?

В чем же секрет привлекательности спа? Необходимо внедрять современные технологии спа-индустрии:

- программы «Антистресс» (продолжительность от 3 до 14 дней, иногда до 21 дня, при этом нет единого стандарта: от «релакс» и косметологических программ до полноценного лечения);
- массаж;
- телесно ориентированная психотерапия;
- электросон;
- водолечение + термолечение;
- мультисенсорные велнес-студии;
- ароматерапия;
- звукотерапия;
- светотерапия;
- вкусотерапия;
- новый кинестетический сенсорный опыт;
- сенсорная депривация;
- виртуальная или дополненная реальность;
- флоатинг – to float (англ.) – «плавать на поверхности»;
- использование инфракрасных саун и кабин;
- различные виды криотерапии;
- различные виды гидротерапии;
- программы Mind & Body («Душа и тело»)

ДУША

Медитация

Дыхательная гимнастика

ТЕЛО

Йога

Стретчинг

Система пилатеса

Скандинавская ходьба

ЛФК

- детокс-программы. Стандартный набор улучшает работу кишечника, печени, почек, легких, кожи. В программу детокс включаются диета, ЛФК и массаж, психотерапия;
- программы по контролю за весом.

Таким образом, за новыми трендами – старые технологии. Медикам нужна дополнительная подготовка по новым оздоровительным технологиям, по коммуникационным технологиям. Санаториям нужны специалисты с чувством вкуса и красоты (дизайнер), хорошим знанием рынка (маркетолог), которые создают новые медицинские продукты. ■

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ

Пикалов М.С., ООО «Хэлс Ватер», Москва

Прогрессирующее системное загрязнение внутренней среды организма является одним из фундаментальных триггеров деградации здоровья и ускорения процесса старения человека.

Физиологические механизмы не справляются с обороной от токсической агрессии различной этиологии. Главное депо токсинов (около 83%) – межклеточное пространство. Токсины блокируют клетку от питательных веществ и кислорода, замедляют вывод продуктов обмена из клетки, способствуют развитию воспалительных процессов и появлению генетических мутаций, тем самым ускоряя процессы старения и приближая биологическую смерть. Загрязненная межклеточная жидкость извращает лечение патологий стандартными методами и снижает эффективность реабилитационных мероприятий.

Коррекция гуморального транспорта на клеточном уровне является необходимым звеном патогенетически обоснованной терапии и реабилитационных мероприятий. Вывести токсины из среды обитания клетки и нормализовать гомеостаз возможно путем стимуляции лимфатического дренажа, что было доказано в санаторно-курортном комплексе «ДиЛуч», где уровень реабилитации у лиц, получавших лечение, сочетанное с оптимизацией метаболизма на клеточно-органном уровне, повышался на 58%.

Это послужило основанием для поиска неинвазивных, атравматичных, методически и экономически приемлемых инструментов и методов детоксикации околоклеточного пространства, что привело к изобретению функциональной питьевой воды, которая соответствует всем известным международным стандартам для питьевой воды на каждый день, а также способна в физиологической норме выводить токсины из околоклеточного пространства на 20–45% быстрее, чем вся остальная известная питьевая вода.

Свойства функциональной питьевой воды увеличивать скорость интерстициального гуморального транспорта и лимфатического дренажа на 20–45% были достоверно доказаны в ходе исследований в период с 2004 по 2014 год на кафедре клинической лимфологии и эндозкологии человека РУДН. В Пушкинском научном центре РАН в ходе клинических исследований на больных с хроническими заболеваниями был отработан способ стимуляции лимфатического дренажа путем равномерного потребления суточной нормы функциональной питьевой воды в качестве фона при лечении стандартными методами.

наблюдалась нормализация гематологических и биохимических показателей крови у больных хроническими заболеваниями кожи; на 33% ускорялось исчезновение болевого и диспепсического синдромов, на 80% увеличивалось улучшение биохимических показателей крови у больных с патологией желудочно-кишечного тракта; на 73% по сравнению с контролем увеличивалась динамика выздоровления больных с хроническим обструктивным бронхитом.

Ряд санаториев России и Казахстана имеют многолетний опыт регулярного применения функциональной питьевой воды в процессе санаторно-курортного лечения, и это позволило значительно повысить качество и результативность программ лечения, закрепить и максимально продлить эффект от пройденной программы.

Прием функциональной питьевой воды может быть включен в курсовые оздоровительные методики большинства реабилитационных направлений с возможностью индивидуального подхода к каждому пациенту по дифференциации степени стимуляции лимфатического дренажа от 20 до 45%. Примером применения питьевой воды со свойствами функциональной питьевой воды являются Методические рекомендации «Медицинская реабилитация пациентов, перенесших Covid-19, в санаторно-курортных организациях». Данным документом рекомендовано «с целью минимизации выраженного интоксикационного фона, увеличения биодоступности питательных веществ и кислорода в качестве питьевой воды в ежедневный пищевой рацион включать питьевую воду с доказанными свойствами стимуляции удаления токсинов различной этиологии из межклеточного матрикса в количестве физиологической нормы». ■

В результате на 15% снижалась интенсивность болевого синдрома у больных остеохондрозом позвоночника; на 22% ускорялось обратное развитие кожных проявлений и лимфаденита, на 18% чаще



БАЛЬНЕОКОСМЕТИКА НА ОСНОВЕ АКТИВНЫХ ИНГРЕДИЕНТОВ

Тубин Л.А., Меньшова В.В., ООО «ГИТТИН», Санкт-Петербург

Косметические средства для современного человека являются предметом первой необходимости. Но, несмотря на кажущуюся безобидность, косметика является существенным фактором риска кожных аллергических реакций и требует осмотрительности в применении, особенно людьми с чувствительной кожей.

Во время пребывания в санатории городской житель больше обычного находится на открытом воздухе, на солнце, в бассейне, что создает дополнительную нагрузку на кожу. Поэтому создание условий для оздоровительного отдыха кожи на курорте является актуальной задачей. Наиболее очевидным путем ее решения является использование в санатории «курортной», или бальнеокосметики. Эта косметика должна быть эффективной, гипоаллергенной, защищать кожу от солнца, ветра и воды, бороться с возрастными изменениями.

Еще несколько лет назад такая продукция, даже формально отечественная, состояла из импортных составляющих и была очень дорогой. В последнее время ситуация стала меняться благодаря появлению активных ингредиентов российского производства. Это прежде всего экстракты различных лекарственных растений.

Выбор отечественных углекислотных экстрактов достаточно широк и позволяет создавать эффективные и разнообразные масляные композиции – от массажных масел до соляных скрабов.

Новинкой последнего времени являются высококонцентрированные водные экстракты, содержащие до 35% сухого вещества. Эти экстракты не нуждаются в дополнительной консервации и могут использоваться в бальнеологических ваннах самостоятельно, но более эффективны в сочетании с морской солью и другими ингредиентами.

Одним из последних трендов является создание косметики, защищающей кожу от воздействий окружающей среды. Наиболее востребованным «активом» такой косметики является фибриллярный белок коллаген, отвечающий за прочность и эластичность соединительной ткани. На коже и волосах коллаген образует воздухопроницаемую защитную пленку.



В России налажено производство коллагена, использование которого в комбинации с другими действующими ингредиентами позволило создать эффективные косметические композиции, существенно ускоряющие регенерацию кожи после солнечных и термических ожогов, обморожений, снятия гипсовых повязок и т.д. Основной задачей антивозрастного ухода является борьба с внешними признаками старения: возрастными и мимическими морщинами.

Прорывом последнего десятилетия в этой области стало использование в anti-age косметике пептидов-миорелаксантов. Эти пептиды селективно блокируют мышечный тип ацетилхолинового рецептора, что приводит к расслаблению мимической мускулатуры и разглаживанию морщин.

В России в 2014 году запатентован пентапептид-миорелаксант, не уступающий импортным аналогам по эффективности. На основе этого пептида изготовлены крем и сыворотка, позволяющие за короткое время пребывания в санатории добиться видимых улучшений.

Таким образом, оздоровительный отдых кожи в санатории сегодня может быть обеспечен путем использования гостями специализированной «курортной косметики», в частности изготовленной ООО «ГИТТИН» на основе отечественных активных ингредиентов. ■



МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ

Сергеев В.Н., доктор мед. наук, **Мусаева О.М.**, канд. мед. наук, Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва

Условия жизни современного общества, воздействие на организм человека комплекса негативных факторов среды обитания (экопатогены, психосоциальные стрессы, гиподинамия, фармакологический прессинг и т.п.), приводящие к распространению неинфекционных заболеваний, приводят к ускорению процесса старения, преждевременному старению и смерти до достижения видового биологического предела жизни.

Таким образом, под преждевременным старением следует понимать возрастные изменения, наступающие раньше, чем у здоровых людей соответствующего возраста. Важная роль в профилактике преждевременного старения принадлежит сбалансированному питанию, которое создает условия для оптимального физического и умственного развития, поддерживает высокую работоспособность, повышает способности организма противостоять воздействию неблагоприятных факторов внешней среды.

Оптимальное питание подразумевает, прежде всего, использование стандартных диет, сбалансированных по нутриентному составу. Согласно формирующейся современной медицинской концепции, стандартные диеты, метаболически направленные смеси, специализированные и функциональные пищевые продукты, пищевые добавки с полным правом можно

отнести к метаболической терапии, включающей в себя три способа исправления дефектов биологического конвейера клеточного метаболизма:

а) дезинтоксикационная терапия – комплекс лечебных мероприятий, при которых предусматриваются многочисленные методы нейтрализации, элиминации и выведения из организма накапливающихся патогенных метаболитов и продуктов обмена за счет использования различного рода сорбентов (пищевые волокна, альгинаты, сборы лекарственных растений, активирующих работу органов выделения и пр.);

б) регуляторная терапия – лечебные мероприятия, направленные на восстановление функций ферментов путем введения в организм кофакторов – витаминов, минералов, пре- и пробиотиков и пр.;

в) аддитивная терапия (от *lat. additio* – прибавляю) – когда предусматри-

вается введение в организм дефицитных продуктов промежуточного обмена – специализированные функциональные продукты и пищевые добавки, нутритивтики и фармаконутриенты.

Профилактика основных неинфекционных болезней, приводящих к преждевременному старению, должна начинаться в период беременности и продолжаться практически всю жизнь. Она необходима детскому и подростковому контингенту для оптимального структурного и функционального становления органов и систем организма, что позволит в дальнейшем адекватно адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям среды обитания, способствовать профилактике алиментарно зависимых неинфекционных заболеваний, ассоциируемых со старением на фоне увеличения продолжительности и повышения качества жизни в популяции. ■



МОЛЕКУЛЯРНЫЙ ВОДОРОД. ПОЛЬЗА И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ГАЗА H_2

Медведев О.С., доктор мед. наук, профессор, Иванова А.Ю., Куропаткина Т.А., факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

В течение длительного времени к молекулярному водороду относились как к инертному газу, не обладающему какими-либо биологическими эффектами.

Ситуация в корне изменилась в 2007 году после опубликования группой японских исследователей во главе с профессором Шигео Ота статьи в самом престижном научном журнале *Nature Medicine* (*Nat Med.* 2007;13:688-694) об антиоксидантных свойствах молекулярного водорода и его способности уменьшать зону некроза мозга после ишемии и реперфузии.

В последующие годы были выполнены сотни исследований, показавших положительное влияние молекулярного водорода на эффекты окислительного стресса при ультрафиолетовом и радиоактивном облучении кожи, при ишемии/реперфузии сердца, мозга, печени, нервных стволов.

В мире, прежде всего в странах Азии (Японии, Китае, Южной Корее), налажен выпуск медицинских генераторов воды, обогащенной водородом, водородных ингаляторов, устройств для ванн с водородной водой.

Широко такие устройства стали применяться в косметологии, пластической хирургии и курортологии. Обращает на себя внимание отсутствие упоминаний о наличии побочных эффектов при применении молекулярного водорода. Анализ доступной литературы позволил предположить, что отсутствие побочных эффектов при применении молекулярного водорода, вводимого извне, связано с наличием и эндогенного молекулярного водорода, продуцируемого прежде всего микробиотой дистальных отделов кишечника.



Проведены исследования по разработке методов оценки ферментативной активности микробиоты толстой кишки у крыс. Самцов линии Вистар массой 250–300 г помещали в изолированную камеру, вентилируемую атмосферным воздухом со скоростью 250 мл/мин. О ферментативной активности микробиоты судили по концентрации молекулярного водорода в воздухе камеры, определяемой с помощью портативного прибора Лактофан-2 (Германия/Россия), широко используемого в клиниках при проведении водородного дыхательного теста.

В результате эксперимента было показано, что 18-недельное потребление корма, на 11% калорийности обогащенного сливочным маслом, пальмовым маслом, заменителем молочного жира, сопровождалось увеличенным образованием

водорода, тогда как добавление в корм трансжиров вызывало снижение уровня водорода в воздухе.

Подобные результаты подтверждают возможность диетической модуляции функции микробиоты и позволяют высказать предположение, что в случае сниженной продукции эндогенного водорода эффективность экзогенного водорода будет возрастать. В связи с этим рекомендуется первоначально проведение водородного дыхательного теста с использованием портативных приборов для отбора пациентов со сниженной ферментативной активностью для назначения экзогенного водорода.

Можно считать доказанным высокую антиоксидантную активность молекулярного водорода, что позволяет его рекомендовать при многочисленных состояниях, вызываемых окислительным стрессом. ■

XVII МЕЖДУНАРОДНАЯ ТУРИСТИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА

ИНТУРМАРКЕТ

2022

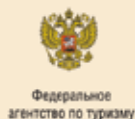
12-14 МАРТА

МОСКВА
ЭКСПОЦЕНТР

НОВЫЕ ВСТРЕЧИ
С ЛУЧШИМИ
ПУТЕШЕСТВИЯМИ

WWW.ITMEURO.RU

При поддержке



Стратегический партнёр



При участии



Организатор



НМ

HOTEL MAGAZINE

ЖУРНАЛ «ОТЕЛЬ» В УНИКАЛЬНОМ ЦИФРОВОМ ФОРМАТЕ



HOTELMAGAZINE.RU



НАЦИОНАЛЬНАЯ ГОСТИНИЧНАЯ ПРЕМИЯ

ОБЪЕКТИВНОЕ И ПРОЗРАЧНОЕ ГОЛОСОВАНИЕ

Тысячи членов народного жюри и 25 профессионалов

ШИРОКОЕ ОСВЕЩЕНИЕ В СМИ

Исключительные возможности для участников и партнеров

ЭФФЕКТНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ НОМИНАНТОВ

Участие в Премии как инструмент повышения продаж

УНИКАЛЬНАЯ ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА

Мероприятия на площадках победителей в течение года

**С 10/01/22
ОТКРЫТ ПРИЕМ ЗАЯВОК**

ПРИМИТЕ УЧАСТИЕ В НОВОЙ НОМИНАЦИИ «ЛУЧШИЙ САНАТОРИЙ»

HOTELAWARDS.RU