

и количество покрытий интактных самок практически соответствовали контролю. При этом длительность половой активности у опытных крыс-самцов в этой группе возросла на 24,1% ( $p < 0,05$ ), а количество эмоциональных подходов к интактным самкам увеличилось на 11,3% ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, из результатов проведенных исследований можно заключить, что препарат бемитил при 2-х месячном введении крысам-самцам в зависимости от дозы изменяет у них процептивное и рецептивное поведение. Под действием бемитила в дозе 5 мг/кг у самцов процептивное поведение отчетливо стимулируется, но при этом рецептивное – снижается, что в большей степени обусловлено избеганием от этих самцов интактных самок. Под действием бемитила в дозе 160 мг/кг половая активность у крыс-самцов снижается, при этом угнетается и процептивность и рецептивность. Выявленные эффекты, вероятно, связаны с особенностями нейро-токсикологического профиля препарата бемитил [7]. После отмены введения бемитила явления угнетения компонентов полового поведения инвертировались на активацию

как процепции, так и рецепции – наиболее выраженную в 1-й опытной группе животных.

#### Список литературы

1. Болехан А.В. К вопросу о клеточных механизмах иммуномодулирующего действия полиоксидония и бемитила / А.В. Болехан, Е.В. Антоненкова, В.Н. Цыган, И.В. Зарубина, В.А. Бубнов // Медицинская иммунология. – 2006. – Т. 8, № 2–3. – С. 431–432.
2. Зарубина И.В. Патогенетические механизмы и пути фармакологической коррекции пневмоний (обзор) / И.В. Зарубина, А.В. Болехан, П.Д. Шабанов // Психофармакология и биол. наркология. – 2006. – Т. 6, № 1. – С. 1028–1032.
3. Оковитый С.В. Особенности иммунотропного эффекта бемитила при хронических гепатитах. / С.В. Оковитый, О.В. Иванова, А.А. Бойкова и др. // Медицинская иммунология. – Т. 7, 2005. – № 1. – С. 25–28.
4. Саватеева Т.Н. Изучение эффективности бемитила при судорожных состояниях различного генеза / Т.Н. Саватеева, В.И. Гузева, Ю.А. Любимов и др. // Психофармакология и биологическая наркология. – 2001. – № 3. – С. 521–533.
5. Бугаева Л.И. Влияние эноксифола на гонадотропную функцию самцов крыс / Л.И. Бугаева, Е.А. Кузубова, М.В. Букатин и др. // Успехи современного естествознания. – 2006. – № 8. – С. 56–56.
6. Спасов А.А. Влияние дибазола (бендазол) на генеративную функцию крыс. / А.А. Спасов, Е.А. Кузубова, Л.И. Бугаева и др. // Экспериментальная и клиническая фармакология. – Т. 70, № 2. – 2007. – С. 37–39.
7. Букатин М.В. Изучение профиля функционально-поведенческой токсичности препарата бемитил / М.В. Букатин, Е.А. Кузубова, Л.И. Бугаева // Современные наукоемкие технологии. – 2007. – № 11. – С. 53–53.

#### Медицинские науки

#### ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Денисенков А.И.

*Национальная федерация лечебной верховой езды  
и инвалидного конного спорта, Москва,  
e-mail: rider960@yandex.ru*

Начало работы явилось продолжением работы в рамках одной из задач докторской диссертации И.Е. Лукьяновой «Научное обоснование современной реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности», М., 2009 по программе «Комплексная характеристика лиц с инвалидностью по медико-социальным показателям и особенностям ограничений жизнедеятельности и функционирования в соответствии с Международной классификацией ограничений жизнедеятельности и функционирования (МКФ)». Настоящее исследование является комплексным, социально-гигиеническим, социологическим, статистическим, исследованием с включением метода функционально-организационного моделирования. В работе также использовались многомерного статистического анализа, математического моделирования, и экспертно-аналитические методы. Для решения поставленных задач была разработана программа и направление исследования.

В результате анализа информационных материалов была разработана система комплексной оценки эффективности реабилитации. При этом проводилась оценка эффективности восстановительного лечения и комплексной реабилитации на основе социологического опроса родственников пациентов, и сотрудников базового РЦ и ограничений жизнедеятельности и функционирования у лиц с инвалидностью на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Основные положения МКФ были адаптированы группой разработчиков и экспертов, и на основе этого составлены анкеты социологического опроса сотрудников реабилитационных центров с базовым методом реабилитации – лечебной верховой езды (ЛВЕ). Наряду с этими анкетами использовались анкеты социологического опроса родственников детей-инвалидов, сотрудников базового реабилитационного центра НФ ЛВЕ и ИКС. Анкета по контролю качества реабилитационных мероприятий для менеджеров и руководителей РЦ и анкета по определению индикаторов величины и выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности для реабилитологов. Экспертная оценка анкет проводилась экспертами правления Национальной Федерации ЛВЕ и ИКС, сотрудниками кафедры профилактической медицины ФПК МР РУДН

и сотрудниками Академии медико-социальной реабилитации.

Группой экспертов была проведена специальная экспертиза индикаторов величины и выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности (Функций организма и Структур организма) и индикаторов Активности и Участия по МКФ.

В связи с изучением возможных вариантов совершенствования организации и управления реабилитацией детей-инвалидов для организации исследования основой стали «предполагаемые требования МКФ, идеального и минимального набора данных для информационных систем или исследований здоровья»

В практике Базового РЦ для оценки качества и результативности реабилитации на матрице «Предполагаемые требования МКФ, идеального и минимального набора данных для информационных систем или исследований здоровья» группой экспертов был подготовлен свой Перечень, отвечающий специфике пациентов центров реабилитации. В этот Перечень были также включены определители из домена «Активности и участия».

Оценка потенциальных способностей определялась в условиях РЦ, и определялась руководством по кодированию и в соответствии со следующей шкалой МКФ:

**Критерии величины и выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности по МКФ**

- |                                                         |          |
|---------------------------------------------------------|----------|
| ■ 0 НЕТ нарушений (никаких, отсутствуют, ничтожные,...) | 0–4 %    |
| ■ 1 ЛЕГКИЕ нарушения (незначительные, слабые,...)       | 5–24 %   |
| ■ 2 УМЕРЕННЫЕ нарушения (средние, значимые,...)         | 25–49 %  |
| ■ 3 ТЯЖЕЛЫЕ нарушения (высокие, интенсивные,...)        | 50–95 %  |
| ■ 4 АБСОЛЮТНЫЕ нарушения (полные, ...)                  | 96–100 % |

Разработка методики оценки результативности реабилитационной помощи выполнялась в соответствии с Рекомендациями по кодированию МКФ, утвержденной 54-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения МКФ для международного использования. В результате этой экспертной работы был получен Перечень индикаторов МКФ, типичных для разных групп детей-инвалидов в Базовом реабилитационном центре.

Критерии глобальных умственных функций и структур у детей с разными причинами инвалидности (детский церебральный паралич, умственная отсталость и ранний детский аутизм) позволяли четко определять направление реабилитационной помощи у этих групп пациентов. Это было доказано при внедрении Перечня в практику реабилитационного центра для оценки 2600 детей-инвалидов с различными видами ограничений жизнедеятельности.

Реабилитологи и другие специалисты получили возможность детально исследовать и другие домены МКФ (домен участия и домен активности).

Методология оценки результативности реабилитационной помощи с базовым методом «Лечебная верховая езда» использовался при проведении теоретических и практических занятий для слушателей Цикла Кафедры Профилактической медицины РУДН по «Комплексной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями на основе ЛВЕ».

В настоящее время оформляется практическое руководство для экспертов медико-социальной экспертизы (МСЭ).

С Перечнем можно ознакомиться в рамках выставки-презентации.

**СПАСТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ  
МЕЖПОЗВОНКОВЫХ МЫШЦ – ПРИЧИНЫ  
МИОФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ  
СИНДРОМОВ В СПИНЕ  
И ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА**

<sup>1</sup>Черкасов А.Д., <sup>1</sup>Нестеренко В.А.,

<sup>2</sup>Петухов В.Б., <sup>2</sup>Тищенко Д.А.

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт Нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН;

<sup>2</sup>Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва,

e-mail: healthsys@mail.ru

С болями в спине, пояснице и позвоночнике сталкивается каждый в своей жизни. Хронические боли в спине, как правило, появляются у людей в среднем и старшем возрасте. В отечественной клинической практике болевой синдром, как правило, однозначно связывают с остеохондрозом позвоночника. В спортивной практике болевой синдром возникает по причине хронических физических перегрузок. У спортсменов боли в спине появляются уже в молодом возрасте, когда об остеохондрозе позвоночника не может быть речи. Это так называемый миофасциальный болевой синдром (МФБС), который встречается у спортсменов достаточно часто (Миронов С.П., Бурмакова Г.М., Цыкунов М.Б., 2006; Миронов С.П., 2010). МФБС снижает физическую работоспособность и спортивные результаты, а в некоторых случаях приводит к спортивной инвалидности.

Миофасциальный болевой синдром (МФБС) – миалгия, характеризующаяся локальной и отраженной болью. Особенностью подобной патологии является наличие изменений в мягких, преимущественно в мышечно-фасциальных структурах в так называемых миофасциальных триггерных точках (МФТТ). МФБС, обусловленный неспецифическим поражением поперечно-полосатых мышц и фиброзных структур, чрезвычайно распространён в клинической