

исследованиями. Очень важным является то, что пациент начинает понимать, что улучшение его состояния, снижение, или исчезновение симптомов заболевания в большей своей части связано с увеличением физических кондиций.

За 15 лет работы с системой, мы убедились, что она корректно решает все поставленные перед нею задачи. Инструмент системы — разработанная нами методика, проста для сотрудников санаторного учреждения и для пациентов, с интересом ими воспринимается. За эти годы у нас не было ни одного случая осложнений при проведении тестирования. Она популяризировалась на многочисленных национальных и международных научных конференциях.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕТЕНЗОРТЕРАПИИ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Князькин К. Л., Стерлидьева Е. П., Балакирева О. В.,

Панасенко С. Л., Паневин А. И., Жидлев Е. В.

Институт детензорологии, Röthenbach (FRC)

Главный клинический госпиталь МВД РФ, Москва (Россия)

Накопленный опыт работы по реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда, позволил поставить новые акценты. При анализе базы данных, реабилитируемых в Загородном филиале ГКГ МВД РФ, отмечено, что в порочные сопутствующие заболевания у больных данной категории в 96,0% случаев присутствует остеопороз шейного либо грудного отдела позвоночника с различной степенью выраженности болевого синдрома. У этих пациентов дискомфортные ощущения, обуславливаемые остеопорозом, вызывают особенно сильное беспокойство в виду их повышенной кардиологической настороженности, что, в свою очередь, отчетливо отражается на их общем самочувствии и результатах лечебных мероприятий.

Цель исследования: Изучить эффективность применения системы «ДЕТЕНЗОР» в комплексной программе реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда.

Материалы и методы: В исследование было включено 32 пациента в возрасте от 45 до 80 лет, перенесших инфаркт миокарда и не имеющих противопоказаний к проведению нагрузочных проб. В результате рандомизации с соотношением 2:1 было сформировано две группы: группа исследования (n=20) и группа контроля (n=12). По возрасту и основному исходным показателям статистически достоверных различий между группами не было.

В группе исследования в комплексную программу реабилитации был включен курс терапии на системе «Детензор». В контрольной группе реабилитация проводилась по такой же программе, но без вытяжения.

Пациенты ежедневно укладывались на лечебный мат с соблюдением методики авторской методики на 40 минут. Курс лечения составлял 20 процедур.

Всем больным при поступлении и выписке проводились велоэргометрические пробы. Эффективность реабилитационных мероприятий оценивали по приросту переносимости физической нагрузки по результатам ВЭМ проб, опросникам специфической активности университета Дюка (DAS) и опроснику специфической активности Администрации ветеранов (VSAQ); опроснику SAN, по десятисантиметровой визуальной аналоговой шкале. Артериальное давление измерялось утром и вечером, до процедуры и после. Оценку вертебрологического статуса проводили врачи-неврологи по стандартной методике.

Результаты и обсуждение: все больные исследуемой группы хорошо перенесли курс детензортерапии, не было отмечено ухудшения состояния и осложнений. В этой группе 83,0% пациентов отметили улучшение психоэмоционального состояния. Прирост оценки психологического состояния по опроснику САИ в исследуемой группе составил $62,8 \pm 7,2\%$, в контрольной группе — $31,4 \pm 9,3\%$. У 58,3% обследуемых нормализовался сон.

Степень снижения болевого синдрома (цervикоторакалгия) по шкале ВАШ в исследуемой группе составил $84,7 \pm 14,2\%$. Снижение показателя ВАШ в группе исследования было статистически значимым ($p < 0,01$).

Процедура детензортерапии вызвала достоверное снижение как систолического, так и диастолического артериального давления ($p < 0,01$ для систолического и $p < 0,05$ для диастолического). У 75,0% больных выявлено снижение цифр артериального давления при неизменной или даже меньшей дозировке гипотензивных препаратов. При сравнении с исходными значениями в основной группе отмечено достоверное снижение ($p < 0,05$), как систолического ($20,5 \pm 7,2\%$), так и диастолического артериального давления ($16,3 \pm 3,2\%$).

Анализ динамики показателей переносимости физической нагрузки за период проведения реабилитационных мероприятий демонстрирует несколько лучшие результаты в основной группе. Разница между группами была более выражена по показателю продолжительности выполнения велоэргометрической пробы. Прирост этого показателя в группе исследования был почти в 2 раза больше, чем в контроле и составила $77,7 \pm 14,8\%$, в контрольной — $40,3 \pm 5,8\%$, однако, различия между группами не достигли статистической значимости из-за небольшого размера выборок и значительного разброса значений.

Оценивая результаты использования системы «Детензор» у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, следует отметить, что вытяжение продемонстрировало достоверную эффективность в плане воздействия на торакошвертикалию, а также дает некоторые основания для поиска кардио-

васкулярных эффектов обсуждаемой процедуры. Так, отмечена достоверная динамика артериального давления в ходе процедуры. Более того, в группе исследования положительная динамика АД в ходе реабилитационного курса оказалась достоверно более выраженной.

Вывод: назначение шадящего вытяжения позвоночника больным, перенесшим острый инфаркт миокарда, не противопоказано, а при наличии шейно-грудного остеохондроза даже целесообразно. Полученные результаты позволяют предполагать наличие сердечно-сосудистых эффектов у процедуры, что обосновывает дальнейшее изучение вопроса о целесообразности включения метода детензортерапии в программу реабилитации больных кардиологического профиля.

ВИДЕО-КОМПЬЮТЕРНАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ В ЗАДАЧАХ ВЕДОМСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ануашвили А. Н.

Центр экологии человека при ИПУ РАН, Москва

Видео-компьютерная психодиагностика и психокоррекция основана на определении функциональной асимметрии двух полушарий головного мозга путем анализа асимметрии изображения лица человека, которое вводится в компьютер с помощью видеокамеры. Компьютер оценивает фазовый портрет лица человека (разность углов и средние углы черт лица на левой и правой стороне лица) и определяет: 1) доминирование одного из полушарий головного мозга, соответствующее разности амплитуд колебательных процессов в правом и левом полушариях и 2) степень согласованности (когерентности) этих колебательных процессов между собой. По этим значениям компьютер определяет психологическое состояние человека и выдает: психологическую и профессиональную характеристики, прогноз поведения в экстремальной ситуации, вероятность попадания в антисоциальные группы и какие именно, восприятие времени, психологическую совместимость и рекомендации по гармонизации личности.

Кроме того, с помощью видеокамеры компьютер строит три новых лица человека. Один портрет отражает состояние правого полушария, второй - левого. На этих двух портретах проявляются разные *подсознательные эмоции*. Путем математического усреднения этих двух портретов компьютер синтезирует 3-й портрет — «гармоничный». Если человек одновременно созерцает все эти три своих лица и проявленные на них различные подсознательные чувства, то на основе зрительной биологической обратной связи происходит синхронизация работы полушарий, психофизиологическая саморегуляция. При

этом стабилизируются психические процессы, выравниваются логические и интуитивные способности, повышается степень гармонии личности — степень психологического иммунитета от жизненных потрясений и болезней. Следует отметить, что в результате такой психокоррекции происходят также физиологические (физические) изменения: лицо становится более симметричным, уменьшаются психосоматические расстройства.

Процесс видео-компьютерной психодиагностики занимает 2 минуты, психокоррекции — до 2-х часов. Последующие анализы позволяют наглядно проявить процесс повышения *гармонии личности* и оздоровления.

Одним из существенных преимуществ данного метода является возможность исследования человека в прошлом. Исследование ранних фотографий, начиная с самого раннего детства, позволяет выявить периоды психических травм и динамику развития расстройств. При коррекции, с помощью синтезированных из ранних фотографий портретов, происходит восстановление лучшего из прежних состояний. Человек возвращается к своей «жизненной программе», наблюдается процесс омоложения (если человек преждевременно постарел в силу жизненных обстоятельств).

На метод ВКП получен медицинский патент №2201131 от 10.04.2001 (автор Ануашвили А. Н.). Метод ВКП включен в каталог-справочник Минздрава РФ «Диагностические и оздоровительные технологии восстановительной медицины» 2003г. (РНЦ восстановительной медицины и курортологии Минздрава РФ, академик РАМН А. Н. Разумов, д.м.н. Разинкин С. М.). Получены также: диплом за разработку и внедрение метода ВКП, 2002г. (академик РАМН Н. Ф. Измеров), медали нобелевских лауреатов в области физики и медицины:

- Вильгельма Рентгена 2003г. (Европейская Академия Естественных Наук);
- Рудольфа Вирхова 2003г. (Ганноверское объединение ученых естествоиспытателей);
- Паула Эрлиха за успехи в области превентивной и социальной медицины (г. Ганновер, Германия, 2003г. Европейская комиссия естественных наук, секция медицины).

Видео-компьютерная психодиагностика и психокоррекция практически применяется в 2-х задачах:

- 1) управление персоналом, 2) оздоровительная медицина в Государственной службе РФ (в/ч 33949), Генеральном штабе ВС РФ, ГУП «Центр экстремальной медицины», Государственном Тамбовском Комитете, академии ГПС МЧС, ЦНПО «Каскад», а также в медицинских центрах и клиниках для объективной и оперативной психодиагностики, психокоррекции, психологической совместности и семейной психотерапии, в более чем 80 городах России и за рубежом. Система ВКП применялась в космосе: на корабле Союз ТМ-32 и МКС.