

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
Министерство образования и науки Донецкой Народной Республики
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины
Кафедра физического воспитания

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ»

Сборник научных трудов

Том II, Выпуск 1 (2)

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

заочно-очной научно-практической конференции

**«Актуальные вопросы формирования, активного
сохранения, восстановления и укрепления здоровья
населения»**

(18.04.16-30.05.16, г.Донецк, ДонНМУ им. М. Горького)

Донецк, 2016

УДК 616-08-059:378.147(06)
ББК 53.54
А43

Сборник рекомендован к изданию Ученым Советом ДонНМУ им. М. Горького, протокол № 5 от 13 июня 2016 года.

Редакционная коллегия:

И.Р. Швиренко заведующий кафедрой медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М. Горького, доцент (ответственный редактор).
Н.А. Добровольская заведующая кафедрой физического воспитания ДонНМУ им. М. Горького, доцент (ответственный редактор).
Г.В. Ясько доцент кафедры физического воспитания ДонНМУ им. М. Горького (технический редактор).

А43 Актуальные вопросы реабилитологии и педагогики: сборник научных трудов и тезисы докладов заочно-очной научно-практической конференции «Актуальные вопросы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения»; 18.04-30.05.16, Донецк, ДонНМУ им. М. Горького / под ред. доц. И. Р. Швиренко и доц. Н. А. Добровольской. – Донецк, 2016. – Т. II, вып. 1 (2). – 178 с.

Актуальные вопросы реабилитологии и педагогики: сборник научных трудов и тезисы докладов заочно-очной научно-практической конференции «Актуальные вопросы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения»; 18.04-30.05.16, Донецк, ДонНМУ им. М. Горького / под ред. доц. И. Р. Швиренко и доц. Н. А. Добровольской. – Донецк», 2016. – Т. II, вып. 1 (2). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа URL: <http://medrehabilitation.dnmu.ru/pages/nauchnaya-rabota/aktualnye-voprosy-reabilitologii-i-pedagogiki/> (дата размещения: 30.06.2016).

В сборнике представлены научные работы и тезисы докладов научно-практической конференции, посвященные актуализации темы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения. Описаны проблемы, предложены способы и пути решения медицинских и медико-биологических задач в области здоровья населения, а также отражены вопросы подготовки научно-педагогических кадров и работников практического звена.

Ответственность за достоверность информации, литературное и статистическое оформление научных трудов, представленных в настоящем сборнике, несут авторы.

УДК 616-08-059:378.147(06)
ББК 53.54

© Авторы статей, 2016
© Редакционная коллегия, 2016

УДК 616.831-005-06:616-001+615.825

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАПТАЦИОННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Поважная Е.С., Лыков А.А., Терещенко И.В.,
Зубенко И.В., Пеклун И.В., Томачинская Л.П.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра Медицинской Реабилитации, ЛФК и Нетрадиционной Медицины*

Аннотация. Реабилитационная программа посттравматической дисциркуляторной энцефалопатии с использованием методов кинезотерапии зависит от исходного состояния вегетативной нервной системы пациентов. Основные изменения у пациентов чаще наблюдаются в психоэмоциональной сфере при ДЭП I ст., или же связаны с явлениями сосудистой дистонии, с симптомами поражения ствола и мозжечка мозга при ДЭП II ст. и определяются состоянием вегетативного тонуса. На основании полученных данных проводился отбор больных, и строилась программа реабилитации. При симпатикотонии использовали седативные, релаксационные, антиспастические методы кинезотерапии. На фоне парасимпатикотонии и депрессии назначали стимулирующие методики воздействия.

Ключевые слова: посттравматическая энцефалопатия, кинезотерапия.

**ADAPTATIVE KINESITHERAPY EFFECTIVENESS
OF POST-TRAUMATIC DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY**

Povazhnaya E.S., Lykov A.A., Tereschenko I.V., Zubenko I.V., Peklun I.V., Tomachinskaya L.P.

M. Gorky National Medical University, Donetsk

Department of Medical Rehabilitation, Exercise Therapy and Alternative Medicine

Summary. The rehabilitation program of post-traumatic discirculatory encephalopathy using kinesitherapy methods depends on the initial state of the vegetative nervous system of patients. The main impairments of psycho-emotional sphere are more often observed in patients with discirculatory encephalopathy I stage. Vascular dystonia or symptoms of brain stem and cerebellum disorders are more often observed in patients with discirculatory encephalopathy II stage and are associated with condition of the vegetative tonus. Initial data allowed to perform the selection of patients and prescribe the rehabilitation program. Sedative and antispastic kinesitherapy used in patients with sympathicotonia. Stimulating treatment exercises are applied in patients with parasympathicotonia and depression.

Keyword: post-traumatic discirculatory encephalopathy, kinesitherapy.

Актуальность. Сосудистые заболевания являются наиболее распространенными, относительно рано возникающими проявлениями перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Их лечение осложняется различными последствиями ЧМТ (рубцово-спаечными процессами, ликвородинамическими нарушениями, изменениями в психической сфере и т.д.). Большую по численности группу составляют больные с посттравматической энцефалопатией (по данным некоторых авторов до 50-60%) [1]. В клинической картине у этих больных чаще преобладают нарушения в психоэмоциональной сфере и изменения сосудистого тонуса. Их выраженность и направленность существенно зависят от баланса вегетативной нервной системы (ВНС). Наблюдается либо активация возбуждения, либо, напротив, усиление процессов торможения. В первом случае дисбаланс вегетативной нервной регуляции приводит к развитию симпатикотонии и формированию дисневротического синдрома по возбуждающему типу. Во втором – парасимпатикотонии и формированию дисневротического синдрома с преобладанием тормозных процессов [2, с. 240; 3, с. 357].

Эффективность кинезотерапии, как и любых других методов реабилитации, существенно зависит от правильного подбора методов и методик лечения в зависимости от исходного состояния пациента. Так называемая «универсальность» процедур, отсутствие четких критериев отбора больных приводит к незначительным положительным результатам лечения. Выбор методик ЛФК в большей степени должен определяться преобладающим патогенетическим синдромом заболевания, с учетом дисбаланса вегетативной нервной системы.

Цель работы состояла в изучении эффективности лечения и определении критериев отбора больных посттравматической ДЭП для проведения адаптационной кинезотерапии.

Материалы и методы. В основную группу (1-я группа) были включены 36 больных с последствиями ЧМТ, с развитием ДЭП I-II ст. Контрольную группу составили 10 пациентов (2-я группа), которым назначена только традиционная медикаментозная терапия. В группы были включены лица в возрасте от 18 до 45 лет. ЧМТ у больных основной группы была получена в результате боевых действий. Диагноз ДЭП установлен в стационаре. Больным проведены ЭКГ, доплерография шейных сосудов, МРТ головного мозга. Вегетативную регуляцию исследовали с помощью ортостатической пробы и тестирования с использованием коэффициента вегетативного равновесия А.М. Вейна. Для объективизации результатов лечения оценивали качество жизни по опроснику SF-36 Medical Outcomes Study Short Form. Опросник анализирует физические и психоэмоциональные компоненты качества жизни (физическую, психоэмоциональную активность, роль физических и эмоциональных проблем, психическое здоровье,

жизнедеятельность, боль, общее здоровье). Компоненты оцениваются в баллах (от 0 до 100). По уровню симпато-парасимпатического баланса все пациенты были поделены на две подгруппы: 1а (2а) – пациенты с преобладанием симпатической нервной системы, 1б (2б) – с преобладанием парасимпатической нервной системы. В зависимости от исходного вегетативного тонуса была назначена адаптационная кинезотерапия. В первом случае использовалась седативная, релаксационная, антиспастическая направленность средств и методов физической реабилитации. Во втором - стимулирующие методики воздействия.

Результаты и обсуждение. Исследование вегетативного тонуса у пациентов до начала лечения позволило разделить их на две подгруппы: преобладание симпатической (67%) или парасимпатической (33%) нервной системы. Больные, у которых было определено равновесие вегетативного тонуса, не участвовали в исследовании.

Изучение качества жизни больных ДЭП, по опроснику SF-36, обнаружило значительное снижение таких показателей, как социальная активность (в 1,6-1,7 раза у пациентов с преобладанием симпатической нервной системой и в 1,8-1,9 раза при парасимпатикотонии), эмоциональные проблемы (в среднем в 1,7-1,8 раза без статистически значимых изменений показателя в подгруппах), психическое здоровье (в 1,2-1,3 раза и 1,3-1,4 раза соответственно в 1-й и 2-й подгруппах) и общее здоровье (в 1,5 и 1,9 раза соответственно).

Больным с симпатикотонией были свойственны темпераментность, вспыльчивость, изменчивость настроения, склонность к истерическим реакциям, рассеянность, беспокойный поверхностный сон, различные невротические состояния. Они часто жаловались на чувство жара, ощущение сердцебиения.

Больным с преобладанием тормозных процессов присущи были нерешительность, пугливость, ощущение «комка» в горле, апатичность, скудность эмоций, склонность к депрессиям, головокружения, повышенная утомляемость, малая выносливость, снижение работоспособности, нарушения памяти, расстройства сна (утренняя заторможенность, трудность засыпания, сонливость).

Адаптационная кинезотерапия дисциркуляторного синдрома была направлена на восстановление баланса процессов возбуждения и торможения в ЦНС, нормализацию динамического моторно-висцерального стереотипа, устранение стрессовых проявлений, нормализацию тонуса сосудистой стенки, улучшение психологического и эмоционального статуса больного.

При ДЭП на фоне симпатикотонии показана седативная, релаксационная, антиспастическая направленность средств и методов физической реабилитации. Предпочтение, особенно в начале курса кинезотерапии, отдавали лечебной гимнастике и самостоятельным занятиям, индивидуальному способу проведения процедур. Показаны лечебная дозированная ходьба (60-80-100 шагов в минуту), прогулки на свежем воздухе. Во втором периоде – добавлялся терренкур с незначительным углом подъемов и спусков, элементы спортивно-прикладных упражнений и игр (лыжи, плавание), экскурсии. С целью снижения мышечного тонуса и активности симпатического звена ВНС вводились специальные упражнения в произвольном расслаблении отдельных сегментов тела (мышц ног, рук, туловища, воротниковой зоны, шеи, затылочной области) в и.п. сидя и лежа; всей мускулатуры в и.п. лежа (релаксирующая позиционная терапия). Дыхание полное, равномерное, спокойное и глубокое, задержки дыхания не допустимы. Все движения выполнялись плавно, без рывков в сочетании со спокойным дыханием.

На фоне парасимпатикотонии и депрессии использовали стимулирующие методики воздействия с активацией зон симпатической нервной системы. Для усиления симпатических влияний и тонизации ЦНС в схему занятия включали специальные упражнения, преимущественно изотонического характера для всех мышечных групп в и.п. стоя, сидя и лежа, простую и усложненную ходьбу в среднем и быстром темпе.

Использовались упражнения с преодолением тяжести тела (приседания, смешанные висы, мягкие выпады), упражнения с отягощением и волевым напряжением и сопротивлением. Формирование новой локомоторной доминанты в ЦНС, перебивающей депрессивный очаг, проводили с помощью общеразвивающих физических упражнений на координацию, внимание, с предметами и на снарядах, механоаппаратах. Исключались физические упражнения с углубленным, учащенным дыханием и его задержкой. Темп средний и быстрый. Количество повторений упражнений 10-20 и больше. Продолжительность занятия 20-35 минут.

В результате проведенной терапии показатели качества жизни у больных основных групп выросли на 20-40 баллов, в то время как в контрольной группе – 10-20 баллов в среднем. Положительная направленность изменений была более выражена в подгруппе с симпатикотонией. Наряду с положительной динамикой клинических показателей отметили достоверный рост резко сниженных показателей социальной активности, психического здоровья и общего здоровья. Менее значимые изменения наблюдались во 1-й б группе у больных с парасимпатикотонией. В основных группах отмечены также положительные сдвиги показателей РЭГ, ЭЭГ.

Особое различие показателей в сравнении с контрольной группой имелось по социальным и эмоциональным проблемам, что связано, по-видимому, с восстановлением равновесия процессов возбуждения-торможения и нормализацией симпато-парасимпатического баланса.

Выводы. Таким образом, использование методик адаптационной кинезотерапии у больных посттравматической дисциркуляторной энцефалопатией значительно улучшает психоэмоциональную и социальную активность пациентов, оказывают мощное психотерапевтическое действие на фоне нормализации симпато-парасимпатического баланса. При симпатикотонии использовали седативные, релаксационные, антиспастические методы кинезотерапии. На фоне парасимпатикотонии и депрессии назначали стимулирующие методики воздействия. Критерием отбора больных для адаптационной кинезотерапии может являться коэффициент вегетативного равновесия А.М. Вейна.

Литература

1. Воробушкова М.В. Жданова Л.А. Принципы реабилитации детей с минимальной мозговой дисфункцией // Реабилитология. - М., 2004. - С. 142-145.
2. Медицинская реабилитация артериальной гипертензии: Руководство для студентов и врачей. - Донецк: «Каштан», 2009. - 464с.
3. Медицинская реабилитация в спорте: Рук-во для врачей и студентов. - Донецк: "Каштан", 2011. - 620с.

УДК:618.833.54-002-031.63-08-039.34-082.4

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Поважная Е.С., Зубенко И.В., Терещенко И.В., Пеклун И.В., Лыкова Л.А.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра Медицинской Реабилитации, ЛФК и Нетрадиционной Медицины*

Аннотация. Проведен анализ комплексного лечения больных пояснично-крестцовой радикулопатией, обоснована его патогенетическая направленность на стационарном этапе лечения. Показана высокая эффективность двухэтапной системы реабилитации с использованием физических факторов, аппаратных видов массажа и современных методик кинезотерапии.

Ключевые слова: пояснично-крестцовая радикулопатия, реабилитация, физические факторы, кинезотерапия.

COMPLEX REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH LUMBAR RADICULOPATHY AT IN-PATIENT TREATMENT STAGE

Povazhnaya E., Zubenko I., Tereschenko I., Peklun I., Likova L.

*M. Gorky National Medical University, Donetsk
Department of Medical Rehabilitation, Exercise Therapy and Alternative Medicine*

Summary. An analysis of complex treatment of patients with lumbosacral radiculopathy is performed. Pathogenesis line of the treatment is substantiated. High efficiency of two-stage rehabilitation program using the physical factors, device type of the massage and modern methods of kinesitherapy is shown.

Keywords: lumbosacral radiculopathy, rehabilitation, physical agents, kinesitherapy.

Актуальность. Заболевания позвоночника на сегодняшний день имеют широкое распространение, и с каждым годом, несмотря на успехи фармакотерапии, количество больных, страдающих остеохондрозом, увеличивается. Согласно данным медицинской статистики у 65-80% взрослого населения выявлен остеохондроз разной степени тяжести [1, с. 18; 6]. Болеют лица наиболее трудоспособного возраста от 20 до 60 лет, чаще всего – от 30 до 50 лет и, при отсутствии раннего и адекватного лечения, хроническое заболевание прогрессирует и может закончиться инвалидностью [3, с. 136; 5]. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника – самый распространенный вид остеохондроза, так как на поясничный отдел приходится основная нагрузка собственного веса тела, а также переносимых тяжестей на фоне изменения обменных процессов; сосудистых, двигательных, мышечных и др. нарушений. У пациентов отмечается выраженный болевой синдром, значительные двигательные расстройства, дисбаланс мышечного тонуса, нарушения кровоснабжения в пораженной области, развитие серьезных дегенеративно – дистрофических изменений в позвоночно-двигательном сегменте [2, с. 156; 3, с. 148; 4]. Все это влияет на качество жизни больных, их работоспособность и требует проведения возможно ранней коррекции данного патологического состояния.

По данным клинических исследований дискогенная радикулопатия поясничного отдела позвоночника является одной из наиболее частых причин болей в спине. Эффективность проводимой фармакотерапии невысокая, побочные действия и аллергические реакции при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов, анальгетиков, спазмолитиков не позволяют провести его в полном объеме. Это делает необходимым более широкого использования физических факторов лечения. Патогенетически обоснованным является двухэтапная система реабилитации, где

противовоспалительное, противоотечное, анальгезирующее действие физических факторов с элементами декомпрессии поясничного отдела позвоночника на первом этапе лечения будет дополняться метаболической терапией и кинезотерапией второго этапа восстановления.

Целью данного исследования было повышение эффективности лечения пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией, находящихся в стационаре, на основе разработанной двухэтапной реабилитационной программы.

Материалы и методы. В исследование были включены 68 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет, 43 мужчины (62,7 %) и 25 женщин (37,3 %), с диагнозом остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, острым и подострым болевым синдромом, корешковым и/или мышечно-тоническим синдромами. Боль на момент первичного обследования составляла не менее 4 см по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) [1, с. 174]. Всем больным проводилось неврологическое обследование, диагноз был подтвержден данными МРТ, где выявлялись явления остеохондроза и спондилеза пояснично-крестцового отдела позвоночника, протрузии или грыжи межпозвонковых дисков от 3 до 8 мм. Все исследуемые были разделены на две группы: пациенты 1-й группы получали традиционное медикаментозное лечение – 33 человека, во 2-ю группу были включены больные, получавшие комплексное медикаментозное и немедикаментозное лечение (35 человек). У больных 2-й группы первый этап реабилитации был представлен следующими процедурами: СМТ-форезом комбинации новокаина, анальгина, димексида от аппарата «Амплипульс-4» на поясничный отдел позвоночника, местная продольная методика, выпрямленный режим, III и IV PP, 25-50% глубина модуляции, 2-3 сек посылка импульсов, 100-70 Гц, ежедневно, 8 процедур; низкочастотной магнитотерапией от аппарата «BTL-09», индуктор соленоид, 15 программа, 15-20 минут, ежедневно, 8 процедур; вакуум-массажем поясничного отдела позвоночника от аппарата «BTL-12», тракционной терапией на аппарате «TRACкомпьютер» (Германия). Выполнялось горизонтальное «сухое» вытяжение поясничного отдела позвоночника по интермиттирующей методике, нагрузка подбиралась индивидуально с учетом веса пациента, ежедневно, курсом 8 процедур. На втором этапе назначались пелоидотерапия и баночный массаж на поясничную область; лечебная физкультура с использованием корригирующих гимнастических упражнений, элементов аутоэкстензии и выполнением малоамплитудных упражнений на наклонной плоскости [6], курсом 10 процедур.

Для контроля уровня боли использовалась 4-х-составная Визуальная Аналоговая Шкала (ВАШ). Перед началом лечения больные отмечали интенсивность боли на момент заполнения шкалы, среднюю интенсивность боли, минимальную и максимальную боль. Тестом для оценки нарушений жизнедеятельности при болях в спине выступал опросник Роланда – Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности». Изменения объема движений (повороты туловища и наклон вперед) оценивались по пятибалльной шкале: 0 баллов – средненормальный объем движений, 1 балл – ограничения объема движений до 25% от нормального, 2 балла – 25-49%, 3 балла – 50-74%, 4 балла – 75-100% до невозможности выполнения движения [1, с. 233]. Пациенты заполняли ВАШ и опросник до начала лечения и спустя 18 дней. Результаты обрабатывались с помощью одно- и многофакторного дисперсионного анализа (статистические программы «BIOSTAT», «Stadia.6.1/prof»).

Результаты и обсуждение. Исходно у всех пациентов 1-й и 2-й групп отмечался болевой синдром от средней степени интенсивности до выраженной боли по первой и второй шкале и опроснику Роланда-Морриса (6 и более фиксированных вопросов). Боль чаще носила иррадиирующий характер, проводилась в ногу, ягодичную область, тазобедренные суставы, усиливалась при движении, кашле, чихании. При объективном

обследовании положительный симптом Ласега отмечался у 84,8% пациентов 1-й группы и 82,9% исследуемых 2-й группы. Нарушения объема движений в пределах 2 баллов в 1-й группе наблюдалось у 9 больных (27,3%), 3-х баллов – у 19 пациентов (57,6%), 4-х баллов – у 4 больных (15,1 %). Соответственно во 2-й группе эти цифры были следующими: 2 балла – 7 человек (20,0 %), 3 балла – 22 пациента (66,7%), 4 балла – 6 человек (13,3%). Динамика показателей представлена в таблице.

Таблица.

Динамика болевого синдрома у пациентов 1-й и 2-й групп.

Метод исследования	Показатель	До лечения, баллы		После лечения, баллы	
		1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
ВАШ	Шкала 1, см	6,87±0,56	7,02±0,48	5,76±0,59	1,87±0,36*
	Шкала 2, см	6,23±0,45	6,19±0,51	4,84±0,67	1,94±0,44*
	Шкала 3, см	3,11±0,69	2,93±0,55	2,27±0,78	0,68±0,63*
	Шкала 4, см	8,41±0,57	8,50±0,71	6,58±0,62	2,75±0,51*
Опросник Роланда-Морриса	Сумма баллов	13,21±0,72	12,87±0,83	5,79±0,53*	2,78±0,67*

Примечание: * - $p < 0,05$ – достоверность сравнения показателей с исходными (до лечения).

В процессе лечения у больных 1-й группы наблюдалось незначительное снижение боли, в основном до уровня «средней интенсивности» и «выше среднего», сохранялся высокий максимальный показатель боли (на уровне «выраженной» и «сильной»), достоверно не изменились болевые ощущения по третьей шкале, по сравнению с исходными, что свидетельствует о неустойчивой неполной стабилизации процесса. Эффективность лечения у пациентов, получавших дополнительно физиотерапевтические процедуры, массаж и ЛФК, была более высокой через 18 дней: болевой синдром снизился в 3,6 раза на момент повторного осмотра после проведения комплексного лечения. Средний показатель боли по второй шкале уменьшился у пациентов 2-й группы и сохранялся на уровне «слабо выраженной» или «чувства дискомфорта». Выявлена значительная разница показателей минимальной и максимальной боли на фоне проводимой реабилитационной программы. Достоверно значение боли по третьей и четвертой шкале снизилось только во 2-й группе в 4,3 и 3,1 раза соответственно. Отмечалось улучшение качества жизни по показателям жизнедеятельности в обеих группах. Лучшие результаты получены у больных, получавших комплексное лечение: количество баллов снизилось с 12,87±0,83 до 2,78±0,67, в сравнении с 1-й группой, где снижение жизнедеятельности оставалось на уровне 5-6 баллов, что соответствует выраженным изменениям. Во всех группах наблюдалось улучшение объема движений после лечения: изменения были незначительными пациентов 1-й группы: 0 баллов - у 2 человека (6,1%), 1 балл – у 4 человек (12,1%), 2 балла – у 16 человек (48,5%) и 3 балла сохранялось у 11 человек (33,3%). Во 2-й группе увеличение объема движений было более выраженным: 0 баллов – у 7 пациентов (20,0%), 1 балл – у 18 больных (51,4%), 2 балла – у 10 человек (28,6%), изменений в 3-4 балла не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, этапная реабилитационная программа с использованием физических факторов и современных методик массажа и кинезотерапии способствовала значительному улучшению состояния пациентов с уменьшением и прекращением болевого синдрома, восстановлением объема движений за счет улучшения кровоснабжения пораженного участка, улучшения обменных процессов, снятия мышечного спазма. Данную программу можно рекомендовать у пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией на стационарном этапе лечения.

Литература

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации.- М.: Антидор, 2002.- 440с.
2. Болевые синдромы в неврологической практике /Под ред. В.Ф. Голубева.- 3-е изд., перераб. и допол.- М.: МЕД пресс-информ, 2010.- 366с.
3. Епифанов В.А., Епифонов А.В. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника.- М.: МЕДпресс-информ, 2008.- 384с.
4. Воробьева О. Радикулярные боли: клиника, диагностика и принципы лечения // Врач.- 2011.- № 5.- С. 11-16.
5. Бирюков А.А. Методика и техника классического русского массажа // Физкультура в профил., лечении и реабилит.- 2008.- № 1 (24).- С. 20-22.
6. Баяндина Е.И., Кульченко И.А., Катюкова Л.Д. Лечение больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с использованием комплекса малоамплитудных упражнений на наклонной плоскости // Медицинская реабилитация, физиотерапия и курортология.- 2009.- № 3.- С. 32-35.

УДК 159.942.5:378.14]-08-057.875

ФАКТОРЫ ТРЕВОЖНОСТИ И ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ У СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Кабанова Н.В., Томачинская Л.П.

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий институт физической культуры и спорта»
Кафедра адаптивной физической культуры и физической реабилитации*

Аннотация. В статье рассмотрены факторы, влияющие на эффективность учебы и состояние здоровья студентов. Проанализированы результаты комплексного анонимного анкетного социального мониторинга, проведенного у 52 студентов. Установлены умеренный и высокий уровень личностной и реактивной тревожности у студентов во время учебы в высшем учебном заведении. Предложены пути профилактики и коррекции негативных последствий тревожности в виде внедрения здоровьесберегающих образовательных технологий.

Ключевые слова: студенты, мониторинг, тревожность, здоровьесберегающие образовательные технологии.

**FACTORS OF ANXIETY AND WAYS OF ITS CORRECTION
OF STUDENTS DURING STUDYING**

Kabanova N.V., Tomachinskaja L.P.

*State educational institution of higher education**«Donetsk Institute of Physical Culture and Sports»**Department of the adaptive physical education and physical rehabilitation*

Summary. This article examines factors influencing efficiency studies and health students. Analyzed the results of an anonymous questionnaire social monitoring conducted at 52 students. Established moderate and high level of personal and reactive anxiety in students while studying in high school. The ways of prevention and correction of the negative effects of anxiety as the introduction of health-preserving educational technologies.

Keywords: students, monitoring, anxiety, health-preserving educational technologies.

Актуальность. Тревожное состояние студентов, в результате противоречия между свободой личности и недостатком безопасности, социальной уверенности и защиты, в высшем учебном заведении активизируют радикальное изменение форм и методов обучения, глобальное возрастание объема информации и необходимость ее усвоения в сжатые сроки в условиях дефицита времени, высокие требования к самостоятельной работе, адаптация к коллективу на фоне особенностей личности, сформировавшейся на предшествующих этапах, стиль общения преподавателей со студентами [1]. Высокий уровень психических и физических нагрузок, свойственных высшей школе, сопровождается эмоциональным стрессом, отрицательно отражаясь на здоровье студентов. Проведенный нами литературный поиск показал, что в исследованиях последних лет представлены сведения о состоянии здоровья студентов вузов и факторах, его формирующих. Так, в настоящее время до 90% абитуриентов, поступающих на первый курс, уже имеют существенные отклонения в состоянии здоровья: лишь 10% выпускников школ могут считаться абсолютно здоровыми, 40-45% из них имеют серьезные морфофункциональные отклонения, а 40-45% страдают хроническими заболеваниями [2].

Решение проблем профессионального образования невозможно без определения факторов, влияющих на эффективность учебы, укрепление и сохранение здоровья студентов. Одним из таких факторов является высокая тревожность (эмоциональный дискомфорт, обусловленный субъективно преувеличенной опасностью в ситуациях, реально не угрожающих благополучию субъекта), ведущая к эмоциональной неустойчивости, импульсивности, неуравновешенности, беспомощности, беспокойству, неуверенности в себе и, в конечном итоге, к стрессу и дезадаптации [3].

Проблема тревожности студента является темой исследований ученых разных специальностей, что обусловлено значительным влиянием тревоги на физическое и психическое здоровье человека, развитие его эмоциональной сферы и общение. Высокая тревожность студента является деструктивной личностной чертой, условием формирования конфликтных отношений, агрессивного поведения, создает предпосылки для развития депрессии, невроза, артериальной гипертензии, нарушений сна, психических расстройств. Переживание тревоги влечет за собой чувство изоляции и одиночества, оказывает влияние на успеваемость студента [4].

Современная высшая школа оказывает существенное влияние на личность студента, обеспечивая значительное напряжение адаптационно-компенсаторных систем вплоть до развития стрессовой реакции. Согласно данным литературы, тревожно-депрессивные расстройства преобладают у студентов 1 курса (93%) по сравнению с 4 курсом (78%) и 6 курсом (65%). 40% от общего числа академических отпусков студентов обусловлены нервно-психическими заболеваниями, из которых неврозы составляют 60% [5]. Улучшение результатов учебы студентов путем контроля и управления тревожностью также находится в центре внимания исследователей. Доказано, что существует тесная

взаимосвязь между образом жизни студентов и их физическим и психическим состоянием. Как правило, студенты, придерживающиеся здорового образа жизни, демонстрируют высокую двигательную активность, занимаясь в спортивных секциях или в группах оздоровительной физической культуры. Процесс формирования здорового образа жизни исследователи рассматривают как механизм адаптации студентов к различным изменениям и переменам, что способствует воспитанию уверенности и стойкости [6].

Активный поиск способов повышения адаптации студентов к учебному процессу исследователи ведут с целью комплексной помощи студентам для сохранения и укрепления их здоровья. Так, важнейшими мероприятиями считают аутогенную тренировку, различные методы релаксации, системы биологической обратной связи, дыхательную гимнастику, музыку, физические упражнения, психотерапию, массаж, сауну, электросон, иглоукалывание [7]. Однако, нам не встретились работы, объективно подтверждающие влияние, преимущества и недостатки указанных методов на уровень тревожности, состояние здоровья, и динамику успеваемости студенческой молодежи. Решение проблемы современной коррекции тревожности до того, как она станет устойчивой чертой характера, возможно после исследования личностных особенностей студентов с целью определения влияния обучения в высшем учебном заведении на их здоровье, эмоциональную сферу с последующим проведением психо-коррекционной работы. Все вышеизложенное определило актуальность данного исследования.

Цель и задачи исследования. Исследование наличия и уровня тревожности у студентов в динамике учебного процесса с последующей разработкой научно-обоснованных организационных мероприятий с целью сохранения и укрепления здоровья и социальной адаптации во время учебы в высшем учебном заведении.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты анонимного анкетного социального мониторинга, проведенного у 52 здоровых студентов вуза (15 мужчин и 37 женщин), находящихся в возрасте 17-19 лет (20 студентов, 38%), 20-25 лет (25 студентов, 48%), 27 и более лет (7 студентов, 13%).

Определение уровня тревожности студентов осуществляли с помощью двухфакторного теста тревожности (Test Anxiety Inventory (TAI) Спилбергера Ч.Д., адаптированного на русском языке Ю.Л. Ханиным (1976), позволяющего дифференцированно измерять уровень тревожности и как личностное свойство, и как состояние; шкалы проявлений тревожности (Teulor J., 1955, Teilor's Manifest Anxiety Scale), адаптированной Т. А. Немчиновым (1966), шкалы Цунга [8]. Для статистической обработки результатов применяли IBM PC/AT и статистический пакет «Stadia».

Результаты исследования. При определении уровня *ситуативной тревожности по шкале Спилбергера* выявлено, что низкий уровень тревожности ($27,8 \pm 0,65$ баллов, $p < 0,05$) констатирован у 14% студентов, умеренный уровень тревожности ($36,6 \pm 1,01$ баллов, $p < 0,05$) - у 53%, высокий уровень тревожности отмечен у 33 % студентов ($51,08 \pm 1,79$ баллов, $p < 0,05$).

При оценке уровня *личностной тревожности по шкале Спилбергера* низкий ее уровень констатирован у 27% студентов ($27,54 \pm 0,45$ баллов, $p < 0,05$), умеренный уровень - у 56% студентов ($36,37 \pm 0,68$ баллов, $p < 0,05$), высокий уровень личностной тревожности наблюдали у 17% студентов ($51,5 \pm 2,35$ баллов, $p < 0,05$).

Как показали результаты исследований, низкий *уровень тревоги по шкале Цунга* отмечен у 65% студентов ($33,86 \pm 0,89$ баллов, $p < 0,05$), средний уровень - у 28% студентов ($44,13 \pm 0,73$ баллов, $p < 0,05$). Исследование не выявило студентов с высоким уровнем тревоги по шкале Цунга.

Исследование *уровня тревоги по шкале Тейлора* выявило 12% студентов с низким уровнем тревоги ($3,8 \pm 0,42$ балла, $p < 0,05$), средний с тенденцией к низкому уровню

тревоги – у 58% студентов ($11,17 \pm 0,56$ баллов, $p < 0,05$), средний с тенденцией к высокому уровню тревоги – у 20% студентов – ($20,12 \pm 1,14$ баллов, $p < 0,05$). Высокий уровень тревоги выявлен у 10% студентов ($31,75 \pm 1,66$ баллов, $p < 0,05$). Исследование не выявило студентов с очень высоким уровнем тревоги по шкале Тейлора.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено наличие разных уровней тревожности у студентов с преобладанием умеренного: по шкале ситуативной тревожности Спилбергера – у 53% студентов; по шкале личностной тревожности Спилбергера – у 56% студентов; по шкале Цунга – у 35% студентов; умеренный уровень тревоги с тенденцией к высокому по шкале Тейлора отмечен у 20% студентов. Высокий уровень по шкале ситуативной тревожности Спилбергера выявлен у 33% студентов; по шкале личностной тревожности Спилбергера – у 17% студентов; по шкале Тейлора – у 10% студентов. Таким студентам трудно сохранять здоровое равновесие между учебной и личной жизнью, что создает предпосылки для нездорового образа жизни. Исходя из этого, актуальной становится проблема оценки, предотвращения и управления стрессом студентов во время учебы в высшем учебном заведении. Полученные результаты позволяют определить пути оптимальной коррекции тревожности в студенческой среде и выработать практические рекомендации для преподавателей.

Выводы. 1. Результаты проведенного исследования свидетельствуют об умеренном и высоком уровне тревожности у большинства студентов во время учебы в высшем учебном заведении.

2. Полученные результаты делают необходимым разработку и применение адекватных методов коррекции средствами и методами физической культуры у студентов с повышенным уровнем тревожности, внедрение здоровьесберегающих образовательных технологий с целью профилактики психосоматических заболеваний, сохранения и укрепления здоровья студенческой молодежи.

3. Для динамического контроля уровня тревожности у студентов высшего учебного заведения целесообразен периодический комплексный социальный мониторинг (по шкалам Спилбергера, Тейлора, Цунга), который является надежным, информативным и малозатратным способом самооценки уровня тревожности.

Литература

1. Кузнецова Л.М. Показатели психического здоровья современных старшеклассников и студентов вуза // Гигиена и санитария. - 2008. - №3. - С. 59-62.
2. Хусаинова Р.М., Гредюшко О.П. Особенности ситуативной и личностной тревожности в учебной и педагогической деятельности // Современные проблемы науки и образования. - 2012. - № 5. - С. 1-7.
3. Краснова В. В. Социальная тревожность и ее связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов // Вопросы психологии. - 2011. - № 3. - С. 49-58.
4. Володарская И. А. Функции и компетентности преподавателя высшей школы // Вестник Московского университета. Серия 20, Педагогическое образование: научный журнал. - 2007. - № 2. - С. 27-43.
5. Корсакова Н. К. Связь тревожности и продуктивности познавательной деятельности // Психология в вузе: научно-методический журнал. - 2010. - № 4. - С. 84-93.
6. Бондарева Н. А. Тревожность студентов в учебном процессе и ее преодоление // Здоровьесберегающее образование. - 2010. - № 4. - С. 81-84.
7. Буйнов Л.Г. Повышение умственной работоспособности студентов в процессе обучения // Здоровьесберегающее образование. - 2010. - № 4. - С. 90-93.
8. Коваленко С.В. Индивидуальные особенности и экзаменационная тревожность школьников: теоретический анализ и перспективы исследования // Преподаватель XXI век. - 2010. - № 1, ч.1. - С. 189-192.

УДК 612.017+615.835.5+615.838

КОМПЛЕКС ВОДНЫХ ПРОЦЕДУР И АРОМАТЕРАПИИ КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ОРГАНИЗМА

Томачинская Л.П., *Кабанова Н.В., Поважная С.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра Медицинской Реабилитации, ЛФК и Нетрадиционной Медицины*

**Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий
институт физической культуры и спорта»*

Кафедра Адаптивной Физической Культуры и Физической Реабилитации

Аннотация. Данная работа посвящена разработке комплекса немедикаментозных мероприятий, позволяющих повысить уровень физического развития и здоровья.

Ключевые слова: водные процедуры, ароматерапия, закаливание.

COMPLEX OF HARDENING AND AROMATHERAPY AS AN EFFECTIVE MEANS INCREASE OF NONSPECIFIC ORGANISM'S RESISTANCE

Tomachinskaya L.P., *Kabanova N.V., Povazhnaia S.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Medical Rehabilitation, Exercise Therapy and Alternative Medicine*

**State educational institution of higher education
«Donetsk Institute of Physical Culture and Sports»*

Department of the Adaptive Physical Education and Physical Rehabilitation

Summary: This work is devoted to complex development of drugs-free arrangements, that let to increase the level of health and physical development.

Key words: water procedures, aromatherapy, hardening.

Актуальность. Неблагоприятные условия внешней среды донецкого региона (запыленность, загазованность) сказываются на здоровье всего населения, в том числе и студенческой молодежи.

Целью настоящего исследования была разработка комплекса немедикаментозных мероприятий, позволяющих повысить уровень физического развития и здоровье студентов.

Результаты и обсуждение. Наиболее доступными и эффективными для повышения неспецифической сопротивляемости являются водные процедуры. Холодное умывание, обтирание, обливание, ванны, полоскания горла прекрасно тренируют механизмы иммунитета и терморегуляции. Они стимулируют обмен веществ, образование защитных гормонов гипофиза и надпочечников, нормализуют артериальное давление, аппетит и сон, укрепляют нервную систему [1].

В действии холодной воды на организм различают три фазы. Сначала кожа бледнеет и становится холодной (фаза спазма). Это связано с резким спазмом кожных сосудов и оттоком крови к внутренним органам. Через некоторое время сосуды кожи расширяются. Кровь устремляется к периферии, появляется ощущение тепла, порозовение кожи (фаза активной гиперемии). Если холодная вода продолжает действовать, она парализует капиллярный кровоток. Возникает застой крови, кожа приобретает синюшный оттенок – наступает фаза пассивной гиперемии. Первая и вторая фазы связаны с включением защитной реакции организма, обуславливающих процесс закаливания. Третья стадия развивается из-за нарушения терморегуляции, поэтому ее допускать нельзя.

Таблица.

Система закаливающих процедур.

День закаливания	Ножные ванны		Обтирания контрастные	Душ контрастный		Полоскание горла	
	Температура воды°	Время (минут)	Температура воды°	Температура воды°	Время (минут)	Температура воды°	Время (минут)
1	25	5	от 20 до 38	35	1	27	1
2	24	5	То же	33	1	27	1
3	23	5	от 19 до 38	31	1	26	1
4	22	5	То же	29	1	26	1
5	21	5	от 18 до 38	27	1	25	1
6	20	5	То же	25	1	24	1
7	19	5	от 17 до 39	24	2	24	1
8	18	5	То же	23	2	23	1
9	18	6	"	23	2	23	1
10	18	7	"	22	2	22	1
11	18	8	"	22	2	22	1
12	18	9	"	21	2	21	1
13	18	10	"	20	2	21	1
14	18	11	"	19	2	20	1
15	17	12	"	19	3	20	1
16	17	13	"	18	3	19	1
17	17	14	"	18	3	19	1
18	17	15	"	17	3	18	1
19	17	15	"	17	3	18	1
20	17	15	"	16	3	17	1
21	17	15	"	16	4	17	1
22	16	15	"	16	5	16	1
23	16	15	"	16	5	16	1
24	16	15	"	16	5	15	1
25	16	15	"	от 16 до 20	5	15	1
26	16	15	"	16-21	5	14	1
27	16	15	"	16-22	5	14	1
28	16	15	"	16-23	5	13	1
29	16	15	"	16-24	5	13	1
30	16	15	"	16-25	5	13	1

Разработанная нами система закаливающих процедур, представленная в таблице, базируется на принципах непрерывности, систематичности, комплексности, индивидуальной дозировке водных процедур. Обязательным условием является постепенное изо дня в день, увеличение интенсивности закаливающего фактора.

Общие водные процедуры желательно проводить утром (в связи с их тонизирующим действием), не ранее, чем за час до завтрака. Ножные ванны и полоскания горла можно

проводить вечером. При перерывах в закаливании более, чем два дня, необходимо отсчитать в таблице вверх соответствующее число дней, и снова начать воздействие с этих, уже пройденных этапов. Практически здоровым людям можно снижать температуру воды на 1°C за 1-2 дня. Начинать заниматься закаливанием можно в любое время года [2].

Для умывания, обтирания и ванн целесообразно использовать ароматические масла, повышающие иммунитет, улучшающие микроциркуляцию трофику тканей, благотворно влияющих на психику [3, с. 112].

Умывание холодной водой закаливает на долгие годы. Но воздействие холодной воды на нежную детскую кожу иногда может дать аллергическую реакцию, спровоцировать диатез. Поэтому, для умывания новорожденных воду подогревают до 28 градусов, и в нее добавляют настои трав, обладающих антисептическим, противовоспалительным, антиаллергическим действием (ромашка, шалфей, календула, череда, мать-и-мачеха). Дети старше трех лет умываются холодной водой, в которую травы добавляются лишь периодически по мере необходимости (в период дефицита витаминов – весна, зима, и после простудных заболеваний).

Резко возрастает значение травяных умываний в пожилом возрасте, когда увядающая кожа требует массажа и витаминов. Можно с большой пользой умываться водой с настоем березовых почек, крапивы, лопуха, шишек хмеля, листьев облепихи и др.

Еще более мощного закаливания можно добиться в контрастных травяных ваннах. Для этого в холодную воду добавляют настой мяты или мелисы лимонной, в горячую ванну – настоем тимьяна, тысячелистника, пижмы, сосновых или еловых лапок.

Для взрослых, особенно с большим весом, весьма эффективным средством оздоровления и закаливания являются потогонные ванны с настоем листьев земляники, мать-и-мачехи, фиалки, душицы, цветков липы.

Доказано, что отсутствие, или дефицит ароматических веществ в атмосфере или помещении может привести к развитию у человека различных заболеваний [4, с. 10]. Для профилактики возникновения патологических состояний каждый практически здоровый человек должен вдыхать в день 3-4 миллиграмма ароматических веществ. В случае же возникновения заболеваний, ароматические вещества являются прекрасным лекарством. Из широкой палитры ароматических веществ нами выбраны масло лимона, мяты перечной, лаванды, в соотношении 2:4:2. Эти ароматические вещества, не вызывая аллергических реакций, обладают антимикробным и противовирусным действием, значительно стимулируют фагоцитарную активность макрофагов, осуществляет фенотипическую коррекцию клеточного компонента иммунного ответа, влияют на уровень накопления энергии в клетках, нормализуют состояние нейроэндокринной системы, обладают антиканцерогенным действием. Однако, не следует забывать, что высокой эффективностью обладают высококачественные эфирные масла. Низкопробные, синтетические, могут нанести организму непоправимый вред. Нами использовались ароматические масла фирмы «Cosmetik Karl Hadek». В воду ароматические масла добавляются не непосредственно, а после предварительного смешивания с эмульгатором. На чайную ложку соли, соды, меда добавляют 2-3 капли ароматического масла, тщательно перемешивают и добавляют к общему объему воды.

Выводы. Таким образом, комплексное применение водных закаливающих процедур в сочетании с ароматическим воздействием позволит значительно улучшить здоровье и повысить неспецифический иммунитет. Доступность процедур, необременительность их для пациента, а также их высокая эффективность позволяют рекомендовать данный комплекс для широкого использования.

Литература

1. Эмото Масару. Великая тайна Вселенной: Вода.- М., «Эксмо», 2014.- 160с.
2. Кутузов А. Вода – чудо-лекарь.- СПб.: «Питер», 2005.- 128с.

3. Ванда Селлар. Энциклопедия эфирных масел.- М., «ФАИР-ПРЕСС», 2005.- 400с.
4. Ирисова О.А. Ароматерапия: Практическое руководство.- М., МГУ, 2002.- 128с.

УДК:616.08-039.34:159.9:378.147

**МОТИВАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ КАК КЛЮЧ К УСПЕШНОМУ
ОСВОЕНИЮ ПРЕДМЕТОВ НА КАФЕДРЕ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Швиренко И.Р., Поважная Е.С., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Терещенко И.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра Медицинской Реабилитации, ЛФК и Нетрадиционной Медицины*

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы повышения эффективности обучения студентов на кафедре медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины путем активного использования внутренней и внешней мотивации, обуславливающей высокую активность и познавательную деятельность студентов.

Ключевые слова: обучение, мотивация студентов.

**MOTIVATION OF STUDENT TRAINING AS THE KEY TO THE SUCCESSFUL MASTERING
OF THE SUBJECTS AT THE DEPARTMENT OF MEDICAL REHABILITATION**

Shvirenko I.R., Povazhnaya E.S., Zubenko I.V., Peklun I.V., Tereshchenko I.V.

*M. Gorky National Medical University, Donetsk
Department of Medical Rehabilitation, Exercise Therapy and Alternative Medicine*

Summary. The article is devoted to the effectiveness increasing of student training at the medical rehabilitation, physical therapy and alternative medicine department through the active use of internal and external motivation causing high activity and cognitive activity of students.

Keywords: training, motivation of students.

Актуальность. Без процесса побуждения самого себя или других к деятельности, направленной на освоение того или иного предмета, невозможно ни одно действие человека. При изучении предметов студентами важно понимать, для чего он обучается, в какой будущей деятельности необходимо будет использовать полученные знания-умения, как облегчить и сделать процесс обучения более легким и эффективным. С первых курсов обучения студентам необходимо знать и понимать, что их побуждает в процессе освоения новых знаний-умений, зачем они хотят получить крепкие знания. Это поможет студенту без постоянного внешнего контроля научиться побуждать себя к овладению знаниями для достижения цели [1, с. 18; 3, с. 43].

Обсуждение. Важным представляется в данной ситуации изучение внешней и внутренней мотивации. Внутренняя мотивация при изучении предмета медицинской реабилитации является первичной. Мотивы к обучению предметом должны

самостоятельно возникать в сознании студента. Это тесно связано с первичными (присущи человеку от рождения) и в большей степени с вторичными, чаще всего психологическими, потребностями человека. Важно испытывать уважение со стороны преподавателя и товарищей, причастность к студенчеству.

Более существенное значение в изучении медицинских дисциплин имеет так называемая внешняя мотивация, побуждающая студента выполнять определенные действия путем влияния извне. И здесь важную роль начинают играть преподаватели кафедр, которые осуществляют комплекс соответствующих мероприятий для получения студентами необходимого уровня знаний-умений. В первую очередь формирование определенных мотиваций начинается с правильного изложения актуальности изучения того или иного предмета [2, с. 56]. Так, например, актуальность преподавания предмета «Спортивная медицина» студентам медицинских факультетов объясняется ростом числа людей, занимающихся разнообразными видами спорта. Независимо от вида спорта, возраста, от уровня спортивной подготовки каждый спортсмен может получить травму, заболеть и обратиться за помощью к врачу любой специальности. Для того чтобы оказать необходимую помощь в достаточном объеме важно знать особенности течения любых патологических процессов у спортсменов на фоне длительных и интенсивных тренировок. Повышенное внимание к «спортивной медицине» в настоящее время, связано, прежде всего, с усилением роли профилактической медицины в целом. Необходимо совершенствовать существующие правовые, экономические, социальные основы спортивной медицины. Создание цельной инфраструктуры профилактических медицинских организаций, системы подготовки соответствующих специалистов позволит поднять значимость профилактического звена спортивной медицины в общей системе охраны здоровья.

В связи с такой спецификой подготовки специалистов во многих случаях функции спортивного врача выполняют врачи различного профиля на основном месте их работы или приглашенные в качестве консультантов по мере обращения к ним спортсменов. Те же спортивные врачи, которые входят в штат спортивной организации или команды осуществляет текущий контроль состояния здоровья спортсменов и оказание медицинской помощи, в соответствии с квалификационным уровнем «врач общей практики». В случае возникновения медицинской ситуации, выходящее за рамки компетенции спортивного врача, при согласии спортсмена (его родственников, лечащего врача) проводится консультирование и лечение у соответствующих специалистов. Последующее восстановление здоровья, тоже, как правило, проводится в условиях специализированного реабилитационного центра или отделения, в соответствии с его специализацией.

Мотивация студентов также осуществляется путем влияния разных приемов и способов влияния на них. Важная роль отводится стимулам и разным видам поощрения. Необходимо использовать материальное (стипендия), моральное (грамоты, участие в конкурсах) и другое поощрение. С этой целью на кафедре проводится олимпиада по всем предметам. Конкурс проводится в два этапа: 1 – в каждой группе по окончании цикла проводится конкурс презентаций по темам, предложенным кафедрой. Оценивание рефератов-презентаций осуществляет преподаватель, закрепленный за данной группой. Студент, имеющий лучшую презентацию в данной группе считается победителем 1 тура в данной группе, имеет дополнительные 0,5 балла и выходит во 2 тур, который будет проводиться в конце учебного года. Конкурс рефератов-презентаций 2 тура оценивает жюри из организаторов олимпиады. Лучшим вручаются дипломы.

В процессе мотивации большое значение имеет понятие вознаграждения, которое имеет более широкий смысл, чем материальное поощрение или моральное удовлетворение студента. Здесь важно выбрать то, что имеет ценность у конкретного

студента. Это может быть ощущение самосовершенствования, самоуважения человека. Внешние виды вознаграждений также используются на кафедре. Например, высокие баллы на итоговом контроле и в конечном итоге при оценивании всего цикла обучения. Моральные вознаграждения предлагаются студентам за добросовестное и качественное выполнение обучающих заданий и достижение желаемых результатов. Это наблюдается тогда, когда студент высоко мотивирован и прилагает максимальные усилия, направленные на достижение высокого результата.

Важно выставлять высокие оценки в процессе текущего или итогового контроля студентам только за крепкие знания, умения, практические навыки. В то же время у студентов важно сформировать мнение о том, что их должна интересовать не сама по себе оценка их знаний и оценка знаний своих товарищей по группе, а качественный уровень собственных знаний-умений.

Одним из мотивирующих факторов на кафедре так же является широкое внедрение студентов в практическую деятельность при работе в функционирующем отделении либо физиотерапевтическом, либо отделении восстановительного лечения, зале ЛФК, физкультурном зале и т.д.

Выводы. Таким образом, формирование основных качеств высококвалифицированного специалиста возможно при условиях достаточной и грамотно построенной мотивации, обуславливающей высокую активность и познавательную деятельность студентов.

Литература

1. Афонин А. Основы мотивации труда.- К.: МАЗУУП, 1994.- 299с.
2. Медицинская реабилитация в спорте: Рук-во для врачей и студентов.- Донецк: Каштан, 2011.- 620с.
3. Сладкевич В.П. Мотивационный менеджмент: Курс лекций.- К.: МАУП, 2001.- 168с.

Министерство образования и науки Донецкой Народной Республики
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины
Кафедра физического воспитания

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ,
АКТИВНОГО СОХРАНЕНИЯ, ВОССТАНОВЛЕНИЯ
И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»**

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ
заочно-очной научно-практической конференции

18 апреля – 30 мая 2016 года

ДонНМУ им. М. Горького

г.Донецк

Тезисы отражают содержание докладов, размещенных в соответствии с требованиями конференции на форуме сайта Донецкого Национального медицинского университета им. М.Горького, для широкого ознакомления и обсуждения посредством обмена мнениями с авторами на страницах форума (<http://forum.dnmti.ru/viewforum.php?f=3>). Тезисы в секциях приведены в алфавитном порядке.

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ»

Зубенко Инна Валерьевна

к.мед.н., доцент

Лыкова Любовь Алексеевна

ассистент

(все – кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М.Горького)

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Проведен анализ комплексного лечения больных пояснично-крестцовой радикулопатией, обоснована его патогенетическая направленность на стационарном этапе лечения. Показана высокая эффективность двухэтапной системы реабилитации с использованием физических факторов, аппаратных видов массажа и современных методик кинезотерапии. Отмечено значительное улучшение состояния пациентов с

уменьшением и прекращением болевого синдрома, восстановлением объема движений за счет улучшения кровоснабжения пораженного участка, улучшения обменных процессов, снятия мышечного спазма. Данную программу реабилитации можно рекомендовать у пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией на стационарном этапе лечения.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=12>

Поважная Елена Станиславовна

к.мед.н., доцент

Терещенко Ирина Валерьевна

к.мед.н., доцент

(все – кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М.Горького)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАПТАЦИОННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИСКУЛЬТАТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Реабилитационная программа посттравматической дисциркуляторной энцефалопатии с использованием методов кинезотерапии зависит от исходного состояния вегетативной нервной системы пациентов. Основные изменения у пациентов чаще наблюдаются в психоэмоциональной сфере при ДЭП I ст., или же связаны с явлениями сосудистой дистонии, с симптомами поражения ствола и мозжечка мозга при ДЭП II ст. и определяются состоянием вегетативного тонуса. На основании полученных данных проводился отбор больных, и строилась программа реабилитации. При симпатикотонии использовали седативные, релаксационные, антиспастические методы кинезотерапии. На фоне парасимпатикотонии и депрессии назначали стимулирующие методики воздействия. Критерием отбора больных для адаптационной кинезотерапии может являться коэффициент вегетативного равновесия А.М. Вейна.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=11>

Томачинская Лариса Павловна

к.мед.н., доцент
(кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и
нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М.Горького)

**КОМПЛЕКС ВОДНЫХ ПРОЦЕДУР И АРОМАТЕРАПИИ КАК
ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ
СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ОРГАНИЗМА**

Предложена система закаливающих процедур в сочетании с использованием ароматических масел, повышающих иммунитет, улучшающих трофику тканей, благотворно влияющих на психику пациентов, которая базируется на принципах непрерывности, систематичности, комплексности, индивидуальной дозировке. Доступность процедур, необременительность их для пациента, а также их высокая эффективность позволяют рекомендовать данный комплекс для широкого использования. Показано, комплексное применение водных закаливающих процедур, благодаря 3-х фазному действию, в сочетании с аромавоздействием позволит значительно улучшить здоровье и повысить неспецифический иммунитет.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=8>

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ»

Швиренко Игорь Разикович

к.мед.н., доцент

Пеклун Ирина Владимировна

к.мед.н., доцент

(все – кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М.Горького)

МОТИВАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ – КЛЮЧ К УСПЕШНОМУ ОСВОЕНИЮ ПРЕДМЕТОВ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Повышения эффективности обучения студентов на кафедре медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины рассматривается с позиции активного использования внутренней (врожденные и приобретенные (психологические) познавательные потребности человека) и внешней мотивации (получение студентами необходимого уровня знаний-умений), обуславливающей общую активность и познавательную деятельность студентов. Одним из важных побудительных механизмов повышения интереса и значимости результатов обучения, кроме привычного балльного оценивания студентов, является проверка уже ранее изученных навыков и умений (измерение артериального давления, пульса, физических и функциональных параметров и др.) в сопоставлении с приобретением и отработкой новых (оценка физического развития, функционального состояния и др.). необходимых для правильной оценки уровня физического состояния и уровня физического здоровья, лежащих в основе реабилитационного диагноза и выборов методов реабилитации.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=10>

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции.....	3
Раздел 1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ	
БАБЮК И.А., ЖАРИКОВ В.Ю., ТИТИЕВСКИЙ С.В., ПОБЕРЕЖНАЯ Н.В. Реабилитация больных с хроническим простатитом	6
БАБЮК И.А., ФИРSOVA Г.М., ПОБЕРЕЖНАЯ Н.В., РАКИТЯНСКАЯ Е.А. Оценка влияния хомвио-тензина на эректильную функцию у мужчин при лечении гипертензии	10
БАБЮК И.А., ФИСТАЛЬ Э.Я., ФИРSOVA Г.М., ТИТИЕВСКИЙ С.В. К вопросу о коррекции сомато-психических расстройств при травматизации и ожоговых поражениях.	13
БЕЛКИН А.Н., КРЮЧЕНКО О.А., ЯСЬКО Г.В. Особенности методов физической реабилитации детей с врожденной дисплазией тазобедренного сустава.	17
ГАШКОВА Л.А., ЛИК-ВАН-ДЖИ Н.Е., ФИРSOVA Г.М., ШТУТИН И.А. Тревожная реакция на военные события у лиц, проживающих в Пролетарском и Буденновском районе г. Донецка.....	22
ДАНЬКИНА И.А., ДАНЬКИНА В.В., ЧИСТЯКОВ А.А. Монотерапия бактериального вагиноза у пациенток репродуктивного возраста.....	25
ДУДИН А.М., ХАЦКО В.В., КУЗЬМЕНКО А.Е., НЕСТЕРОВ Н.А. Усовершенствованная гемипилорэктомия с пилоропластикой и ваготомией при прободных и кровоточащих язвах пилородуоденальной зоны.	28
ЛУЦКИЙ И.С., ЛЮТИКОВА Л.В. Роль хронического психоэмоционального напряжения в формировании эндотелиальной дисфункции.	31
ПОВАЖНАЯ Е.С., ЛЫКОВ А.А., ТЕРЕЩЕНКО И.В., ЗУБЕНКО И.В., ПЕКЛУН И.В., ТОМАЧИНСКАЯ Л.П. Эффективность адаптационной кинезотерапии посттравматической дисциркуляторной энцефалопатии.	35
ПОВАЖНАЯ Е.С., ЗУБЕНКО И.В., ТЕРЕЩЕНКО И.В., ПЕКЛУН И.В., ЛЫКОВА Л.А. Комплексная реабилитация больных с пояснично-крестцовой радикулопатией на стационарном этапе лечения.....	39
СТЕПАНОВА М.Г., СТЕПАНОВ А.И. Дирофиляриоз в практике врача отоларинголога.....	42
ХАЦКО В.В., БРАХМИ НОАМЕН БЕН АМАРА, ФОМИНОВ В.М., ПАРХОМЕНКО А.В. Качество жизни после операций на гепатобилиарной системе.	45
ХАЦКО В.В., ВОЙТЮК В.Н., БРАХМИ НОАМЕН БЕН АМАРА, ФОМИНОВ В.М. Роль лечебного питания после операций на печени и желчевыводящих путях.....	47
ХАЦКО В.В., КУЗЬМЕНКО А.Е., МЕЖАКОВ С.В., ГРЕДЖЕВ Ф.А., ПАРХОМЕНКО А.В. Современное комплексное лечение острого панкреатита.	48
ШАТАЛОВ А.Д., КУЗЬМЕНКО А.Е., ГРЕДЖЕВ Ф.А., ШАТАЛОВ С.А. Лечебно-диагностическая тактика при псевдокистах поджелудочной железы.	51
ШТУТИН А.А., ПОПОВ С.В., ШТУТИН И.А. Применение обогащенной тромбоцитами плазмы в реабилитации больных с тендопатией ахиллова сухожилия.	54
ШТУТИН А.А., ПОПОВ С.В., ШТУТИН И.А. Экстракорпоральная ударно-волновая терапия в реабилитации больных с хроническим подошвенным болевым синдромом.	58
КОЛКИН Я.Г., ХАЦКО В.В., БРАХМИ НОАМЕН БЕН АМАРА, ПАРХОМЕНКО А.В., ФОМИНОВ В.М. Критерии диагностики для определения показаний к операции при хроническом бескаменном холецистите (литературный обзор).	61

КОЛКИН Я.Г., ХАЦКО В.В., ДУДИН А. М., ПОТАПОВ В.В., ПАРХОМЕНКО А.В. Сепсис при остром деструктивном панкреатите (научный обзор).	64
ХАЦКО В.В., КОССЕ Д.М., ПОТАПОВ В.В., ПАРХОМЕНКО А.В., ПОПОВА Ю.В. Современное состояние проблемы острого пилефлебита (научный обзор).	69

Раздел 2. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ

АМАТУНИ Н.А., ШАПОВАЛОВА О.В., МЕЛЬНИК А.В. Аллергические реакции на прививку и предупреждение осложнений с помощью методов физической культуры.	76
АНТИПОВ Н.В., ПАРХОМЕНКО А.В., ЗАРИЦКИЙ А.Б. Овариоцелле: топографо-анатомическое обоснование этиологии.	78
БАЛЫКИНА А.О., РЕУТОВА Н.О., ЖЕДЕНОВА А.А. Гендерные различия показателей периферической крови у пациентов с хроническим обструктивным пиелонефритом.	81
БАСИЙ Р.В., ДОВГЯЛЛО Ю.В., КОСТИН Р.А. Оценка морфометрических показателей пазухи клиновидной кости для реабилитации пациентов с заболеваниями клиновидной кости.	85
КАБАНОВА Н.В., ТОМАЧИНСКАЯ Л.П. Факторы тревожности и пути ее коррекции у студентов в процессе обучения.	88
КУЛЯС В.М. Роль внутрижилищной среды в формировании аллергопатологии детского населения.	92
САДЕКОВ Д.Р. Атмосферный воздух урбанизированного региона как канцерогенный фактор риска для здоровья населения.	95
ТОМАЧИНСКАЯ Л.П., КАБАНОВА Н.В., ПОВАЖНАЯ С.В. Комплекс водных процедур и ароматерапии как эффективное средство повышения неспецифической сопротивляемости организма.	97
ЧУРКИН Д.В., ЛАСТКОВ Д.О. К вопросу об оценке показателей физической подготовки у военнослужащих по контракту, имеющих предшествующий стаж работы в угольной шахте.	100

Раздел 3. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ

АЛЕШИН Е.В., ШИНШИНА С.И., ФЕДОРОВА Г.В. Интеграция и гармонизация духовной и физической культуры студентов.	106
АНТИПОВ Н.В., ЖИЛЯЕВ Р.А., СИРОИД Д.В. Аспекты подготовки врачей на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии в условиях требований и вызовов современности.	110
БАРИНОВ Э.Ф., БАЛЫКИНА А.О., ЧЕРКАСОВА Н.А. Обоснованность применения ситуационных задач на кафедре гистологии.	113
ГАШКОВА Л.А., ЛИК-ВАН-ДЖИ Н.Е., ФИРСОВА Г.М. Специальный курс арт-терапии для курсантов, обучающихся на циклах тематического усовершенствования в зоне военного конфликта.	116
ГОРОДНИК Г.А., КАБАНЬКО Т.П., СМЕРНОВА Н.Н., БИЛОШАПКА В.А., АГАФОНОВА Г.Ю., ЕРМИЛОВ Г.И. Образовательный подход к поддержанию проходимости дыхательных путей при трудной интубации.	119
ДАНЬКИНА И.А., ДЖЕЛОМАНОВА С.А., ДАНЬКИНА В.В., ЧИСТЯКОВ А.А. Изменение деятельности преподавателя при использовании электронного образовательного ресурса в учебном процессе.	122
ДЖЕЛОМАНОВА С.А., ЧУРИЛОВ А.В., ДАНЬКИНА И.А., КЛЕЦОВА М.И. Деонтологические аспекты преподавания акушерства и гинекологии.	127
ДОБРОВОЛЬСКАЯ Н.А., ЛИСИЦКАЯ Н.В., КАЛИНОВСКАЯ Т.Н. Использование средств фитнеса в системе оздоровления студентов специальной медицинской группы.	129

ЕРМАЧЕНКО А.Б., КОТОВ В.С., ТЕМЕРТЕЙ С.И. Подготовка инженеров и специалистов по охране труда лечебно-профилактических учреждений в системе непрерывного образования.	132
ЖДАНОВА Е.В., ЕРОМЯНЦ И.С. Опыт разработки курса дистанционного обучения английскому языку на платформе Moodle как механизма профессиональной направленности студентов.	136
ИГНАТЕНКО Г.А., МУХИН И.В., ГРУШИНА М.В., ЕВТУШЕНКО И.С. Опыт организации и функционирования студенческого научного кружка на кафедре пропедевтической и внутренней медицины.	138
НЕСКРЕБА Т.А., КАЛМЫКОВА В.И., НЕВЕДОМСКИЙ С.Е. Совершенствования профессиональной подготовки специалистов в сфере физической культуры и спорта.	141
ПУЗИК А.А., КОВТУН И.В., ОМЕЛЬЧЕНКО Е.М. Психолого-педагогические мотивации личностно-ориентированного обучения.	145
ТИТИЕВСКИЙ С.В., БАБЮК И.А., ПОБЕРЕЖНАЯ Н.В., ЧЕРЕПКОВ В.Н., ФИРСОВА Г.М. Характеристика дистанционного образования врачей-интернов специальности «психиатрия» в условиях ведения боевых действий в Донбассе.	147
ЧЕРВОНЕНКО В.Д., МАРИНЕНКО Л.А. Аннотирование и реферирование как способ контроля прочитанного иноязычного текста в неязыковом вузе.	151
ШВИРЕНКО И.Р., ПОВАЖНАЯ Е.С., ЗУБЕНКО И.В., ПЕКЛУН И.В., ТЕРЕЩЕНКО И.В. Мотивация обучения студентов как ключ к успешному освоению предметов на кафедре медицинской реабилитации.	154
ШИНШИНА С.И., ДОБРОВОЛЬСКАЯ Н.А., ФЁДОРОВА Г.В. Влияние развития гибкости на повышение технического мастерства в различных видах спорта.	156
ЯСЬКО Г.В., ВИТОВСКИЙ В.С., ШИНШИНА С.И. Планирование и организация тренировочного процесса в различных видах спорта с учётом адаптационных возможностей метаболической системы спортсменов.	159

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

заочно-очной научно-практической конференции
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ, АКТИВНОГО СОХРАНЕНИЯ,
ВОССТАНОВЛЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»
(18.01.16-30.05.16, Донецк, ДонНМУ им.М.Горького)

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ»

Гашкова Л.А., Штутин И.А. ТРЕВОЖНАЯ РЕАКЦИЯ НА ВОЕННЫЕ СОБЫТИЯ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОЛЕТАРСКОМ И БУДЕННОВСКОМ РАЙОНЕ г. ДОНЕЦКА.	165
Зубенко И.В., Лыкова Л.А. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ.	165
Луцкий И.С., Лютикова Л.В. РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ.	166
Степанова М.Г., Степанов А.И. ДИРОФИЛЯРИОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ОТОЛАРИНГОЛОГА.	166
Поважная Е.С., Терещенко И.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАПТАЦИОННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.	167

Фирсова Г.М. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХОМВИО-ТЕНЗИНА НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНЗИИ.	167
--	-----

Секция «МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ»

Куляс В.М. РОЛЬ ВНУТРИЖИЛИЩНОЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.	168
---	-----

Садеков Д.Р. АТМОСФЕРНЫЙ ВОЗДУХ УРБАНИЗИРОВАННОГО РЕГИОНА КАК КАНЦЕРОГЕННЫЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.	168
---	-----

Томачинская Л.П. КОМПЛЕКС ВОДНЫХ ПРОЦЕДУР И АРОМАТЕРАПИИ КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ОРГАНИЗМА.....	169
---	-----

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ»

Котов В.С. ПОДГОТОВКА ИНЖЕНЕРОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОХРАНЕ ТРУДА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	169
--	-----

Лик-ван-джи Н.Е. СПЕЦИАЛЬНЫЙ КУРС АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ КУРСАНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ЦИКЛАХ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА.	170
---	-----

Швиренко И.Р., Пеклун И.В. МОТИВАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ – КЛЮЧ К УСПЕШНОМУ ОСВОЕНИЮ ПРЕДМЕТОВ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	170
--	-----

ПРОГРАММА КРУГЛОГО СТОЛА на тему:

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В ДНР: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА».	172
---	-----