

мость на 151 случай по сравнению с многолетними данными. Анализ противоэпидемических мероприятий показал, что объем вакцинопрофилактики и серопротекции не увеличился по сравнению с многолетними данными. В предложенной балльной системе каждые 10% снижения показателей соответствуют 1 баллу. Увеличение объема акарицидных обработок привело к снижению численности клещей на 8% (0,8 балла) уменьшению количества людей, обратившихся по поводу нападения клещей на 35% (3,5 балла). Вирусоборность клещей снизилась на 43% (4,3 балла). Сумма выше перечисленных процентов составляет 86, что соответствует 8,6 баллам. Определяем соответствие 1 балла количеству случаев снижения заболеваемости КЭ. В данном случае 1 балл = 17,6. Предложенная балльная система позволяет проводить коррекцию результатам экстраполяционного прогноза и определять ведущие факторы, влияющие на рост или снижение заболеваемости КЭ. В Тюменской области заболеваемость КЭ в 2007 г. по сравнению с многолетними данными снизилась за счет изменения экологии возбудителя на 75 случаев, антропогенного фактора на 61 случай и уменьшения численности переносчиков на 14 случаев.

Таким образом, предложенный способ позволяет заблаговременно оценить осложнение эпидемической ситуации и планировать проведение эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Список литературы

1. Болотин Е.И. Некоторые аспекты и перспективы факторного прогнозирования эпидемического проявления очагов клещевого энцефалита на основе многомерного анализа временных рядов /Е.И. Болотин, Г.Ш. Цициашвили, И.В. Голычева // *Паразитология*. — 2002. — Т. 36. — Вып. 2. — С.89-95.
2. Наумов Р.Л. Степень совпадения долгосрочного экстраполяционного экспертного прогноза с реальной заболеваемостью клещевым энцефалитом в СССР / Р.Л. Наумов, В.П. Гутова, К.С. Фонарева // *Мед. паразитол.* - 1990.- №5.-С.40-43.
3. Пат.2294697 РФ, А61В 10/00. Способ прогноза заболеваемости клещевыми инфекциями /Л.Б. Козлов, Э.А. Кашуба, Т.Н. Цокова и др (Россия). — №2005112605; Заявлено 26.04.2005; Опубл. 10.03, Бюл. № 7.2007.
4. [сайт] URL: <http://rospotrebnadzor.ru>
5. Ястребов В.К. Выявление взаимосвязей в очаге клещевого энцефалита методом главных факторов / В.К. Ястребов, М.Г. Потуданская, Т.Г. Хазова // *Достижения отечественной*

эпидемиологии в XX веке. Взгляд в будущее. — СПб, 2001. — С. 137-138.

КОН-ОМ — КОРРЕКЦИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ СТРЕССОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ

Кондакова О.Н., Бут Ю.С.

*Центр Новых Технологий,
Омск, Россия*

Наблюдение за пациентами в течение многих лет, недомогание которых было вызвано разнообразными стрессовыми факторами, сформировало огромное желание создать методику, которая поможет быстро и эффективно решать вопросы послестрессовой адаптации у пациентов.

Исследование проводилось в несколько этапов. В него включены пациенты, обращавшиеся за помощью с 2001 г. по 2010 г. Их 3965 человек. В результате этого пришло понимание: для формирования механизмов стрессоустойчивости пациентов необходимо научить ситуацию, которая есть сейчас, воспринимать и оценивать, исходя из позитивного, оптимистичного взгляда на жизнь. Ведь формирование позитивного мышления вызывает изменения в причинно-следственной цепочке сознательно-бессознательного, что и приводит к преобразованию личностной психопрограммы. В результате этого можно нейтрализовать сложные психологические проблемы. Но такие методы, как психокоррекция и психотерапия, которые обычно рекомендуют, не совсем подходят для этих целей.

Именно поэтому пришла идея использовать возможности «I-M-@-G-O» — технологии (от лат. *imago* — изображение), разработанной доктором РАЕН, профессором Бут Юрием Станиславовичем, которая является одним из вариантов уже давно известного и широко применяемого в мире метода биологической обратной связи (БОС). Эта технология помогает имитировать мышление.

С помощью «I-M-@-G-O» — технологии, которая является, с нашей точки зрения, лучшим вариантом метода БОС, стало возможным увидеть результат влияния различных по содержанию мыслеформ на функцию любого органа или системы организма.

Мыслеформы, созданные пациентом в позитивном ключе и им же озвученные, прописываются языком букв в программу «I-M-@-G-O». Эта программа переводит информацию, запи-

санную одним кодом (сочетанием букв алфавита языка), в информацию другого кода (звуков и цифр), которая далее оценивается аппаратно-программным комплексом «AUR-UM».

Колебания звуковой волны произносятся пациентом аффирмаций, сопровождающихся определенной эмоциональной окраской, настраивают, подобно камертону, энергетику человека на определенный благотворный лад. А изменившиеся показатели внутренних процессов отражаются на экране монитора, как в «физиологическом зеркале».

Улучшенные параметры в виде анатомического образа органа, системы или клеточных элементов, а так же — соответствующих им спектрограмм программа оценивает в процентном отношении по сравнению с предыдущими данными. Уже само получение информации об успехе создает условия для того, чтобы афферентная информация двигалась по искусственным каналам, образующим новую, дополняющую основную «петлю» обратной связи между телом и мозгом, которая существует у всех людей, но в некоторых условиях оказывается недостаточной.

Чтобы пациент мог регулярно создавать отчетливый образ тех позитивных изменений в слабом органе или системе органов, которые он наблюдал на экране монитора и ощущал собственным телом, его показатели распечатываются на принтере, как факт реально существовавших в момент коррекции параметров, зафиксированных прибором. «Прокручивая» в своем мозге увиденные изображения улучшенных параметров своего тела, пациент может даже восстанавливать в памяти те ощущения, которые он испытывал в момент проведения процедуры. А когда мысли овладевают воображением, они становятся частью подсознания. Подсознание включает саморегуляцию.

Такого рода визуализация предполагает не только воздействие на пациента извне, но и формирование достаточной силы мотивации которая активизирует его самостоятельные действия, необходимые для формирования позитивного мышления. Это обуславливает не только быстроту, но и стабильность результата у большинства пациентов.

Эффект использования приемов биоуправления с помощью озвученных мыслеформ, создаваемых самими пациентами, зафиксирован у 1853 человек с разнообразными психосоматическими расстройствами, вызванными стрессовым воздействием. Эту процедуру мы назвали KON-OM-коррекцией и активно стали ее применять для нивелирования психологических и

психосоматических расстройств стрессового генеза. Чтобы сравнить эффективность применяемого нами метода с уже существующими методиками, мы провели наблюдение за следующими группами пациентов:

1. Пациенты, которым проводилась KON-OM-коррекция в ЦНТ (центре новых технологий) — опытная группа из 45 человек (8 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 19 до 75 лет.

2. Пациенты, которым проводилась психокоррекция или психотерапия в других специализированных учреждениях — контрольная группа из 45 человек (7 мужчин и 38 женщин) в возрасте от 16 до 60 лет.

Оценка их состояния происходила по следующим клиническим признакам: нарушению сна, эмоциональной лабильности, снижению концентрации внимания и состояния депрессии.

Пациентам этих групп при первичном исследовании в ЦНТ назначалась базисная программа восстановления энергетического баланса мозга после стрессового воздействия, а через месяц при повторном исследовании рекомендовались указанные варианты коррекции. Еще через месяц проводилось заключительное исследование.

Полученные данные по клиническим признакам распределились следующим образом:

- нарушение сна в опытной группе, имеющееся у 97% пациентов уменьшилось после коррекции до 12,3%, а в контрольной группе с 87% — до 43%;

- эмоциональная лабильность в опытной группе уменьшилась с 92% до 9,9%, в то время как в контрольной группе с 94% — до 51,65;

- снижение концентрации внимания в опытной группе наблюдалось у 88,95 пациентов, а после коррекции имело место у 18,7%, а в контрольной группе изначально — у 89,7%, а после коррекции — у 37,5%.

Исследование у пациентов, имеющих депрессию, зарегистрировало улучшение в опытной группе у 96%, а у 3,7% из них состояние осталось без изменений; в контрольной группе улучшение наступило у 77,8% и без изменений осталось у 22,2%.

Полученные данные свидетельствуют о наличии выраженной положительной динамики в состоянии пациентов опытной группы, по сравнению с группой контроля.

Проанализировав возможности используемых у пациентов методик, мы обозначили те недостатки психокоррекции и психотерапии, которые не позволили пациентам достичь результатов, которых достигли пациенты, прошедшие KON-OM-коррекцию.

1. Целый спектр методик, которые были предложены нашим пациентам в специализированных учреждениях от советов Карнеги до нейролингвистического программирования и разнообразных тренингов, относящихся к психокоррекции, использует в качестве основных методов манипулирование, формирование и управление человеком. Пациент выступает в роли материала, из которого «лепится» оптимальный для него или идеальный для общества образ. Ответственность за психологические изменения ложится исключительно на психолога, а не на самого человека.

2. Психокоррекция и психотерапия имеют дело с уже сформированными качествами личности или видами поведения и направлены на их переделку, в то время как основная задача формирования позитивного мышления состоит в том, чтобы при отсутствии или недостаточном развитии сформировать у человека нужные психологические качества.

3. Кроме того, психокоррекция и психотерапия требуют от пациента больших эмоциональных, финансовых и временных затрат, иначе проблемы могут вернуться с течением времени или из-за стрессовых ситуаций.

В отличие от вышеперечисленных моделей психотерапии и психокоррекции, процедура KON-OM-коррекции позволяет с минимальной временной задержкой информировать человека о состоянии его телесных функций, за счет чего и возникает возможность их сознательной регуляции. Отсюда высокая эффективность применения данного метода.

ВЫВОДЫ: KON-OM — коррекция как один из разделов «I-M-@-G-O»-технологий, используя феномен биологической обратной связи (от греч. *bios* — жизнь + *logos* — учение), является концептуальным подходом к регуляции функций и состояний организма человека, а потому перспективным направлением в медицинской практике. Благодаря трансформации негативной психопрограммы в позитивную, KON-OM — коррекция облегчает восстановление и поддержание гомеостаза на многих уровнях, включая баланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы; поддерживает равновесие между двумя полушариями головного мозга, а также между нервной и иммунной системами, тем самым влияя на физические, эмоциональные, интеллектуальные и даже социальные процессы человека, позволяя ему совершенствовать собственные механизмы устойчивости к стрессовым факторам.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА БАРТЕЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Королев А.А., Суслова Г.А.

*Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия*

Одна из самых популярных шкал среди врачей-неврологов и реабилитологов для оценки активности повседневной жизнедеятельности — индекс активности повседневной жизнедеятельности Бартела (Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index).

D. Wade рекомендует эту шкалу в качестве лучшего инструмента для оценки независимости в повседневной жизни. Индекс Бартела был предложен Dorothea Barthel и начал использоваться с 1955 г. В Monteblo State Hospital в Балтиморе: все больные, получавшие реабилитационную помощь в указанном госпитале, обязательно оценивались с помощью данного индекса. В дальнейших исследованиях было показано, что Индекс Бартела наиболее эффективен для пациентов с параличами. Изучалась и доказана высокая надежность теста (тест-ретестовая, межрейтинговая), а также его чувствительность: динамика оценки в 4 и более баллов (в случаях, когда максимальным баллом является 20) может считаться существенной, тогда как изменение оценки менее чем на 4 балла возникает чаще в связи с ошибкой измерения. Тест прост, понятен, заполнение опросника требует обычно не более нескольких минут, может выполняться путем расспроса больного или при непосредственном контакте с ним или по телефону, а также путем наблюдения за пациентом.

Индекс Бартела охватывает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности. Оценка уровня повседневной активности производится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста.

При заполнении индекса Бартела необходимо придерживаться следующих правил:

1. Индекс отражает реальные действия больного, а не предполагаемые.

2. Основная цель тестирования — установить степень независимости от любой помощи, физической или вербальной, как бы ни была помощь незначительна и какими причинами не вызывалась.

3. Необходимость присмотра означает, что больной не относится к категории тех, кто не