

К ВОПРОСУ О НАУЧНОМ ОБОСНОВАНИИ ТЕРМИНА «АФФИЛИАРНАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИЕЛОПАТИЯМИ»

*Кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины
Ставропольской государственной медицинской академии (г. Кисловодск);
клиника вертеброневрологии (г. Кисловодск),
357716, Россия, Ставропольский край, г. Кисловодск, ул. Коминтерна, 10.
E-mail: SGMA@narzan.com, тел. 8-988-233-37-75*

Авторами предлагается и раскрывается сущность термина «аффилиарная методология восстановительного лечения больных миелопатиями». В статье проводится обоснование трехэтапной тактики лечения и реабилитации больных миелопатиями.

Ключевые слова: миелопатия, аффилиарная методология восстановительного лечения, восстановительное лечение миелопатий.

V. V. MOISEEV, A. A. LIEV

TO THE QUESTION ABOUT SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF THE TERM «INTERCONNECTING METHODOLOGY OF REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS WITH MYELOPATHIES»

*Department of vertebroneurology with the course of manual medicine of Stavropol State Medical Academy;
Hospital of vertebroneurology (Kislovodsk),
357716, Russia, Stavropolskii region, Kislovodsk, str. Komintern, 10.
E-mail: SGMA@narzan.com, tel. 8-988-233-37-75*

The essence of the offered term «affiliar methodology of regenerative treatment of the patients with myelopathies» is offered and opened by the authors. In this article is spent the substantiation of complicated tactic of treatment and rehabilitation of patients with myelopathies.

Key words: myelopathies, affiliar methodology of regenerative treatment, regenerative treatment of myelopathies.

Обзор сентенций ведущих неврологических школ о классификации клинических проявлений миелопатий, методах их диагностики и лечения, существующая научная полемика, развернутая на страницах профильных журналов за последние 8–10 лет, выявили отсутствие единых методологических подходов в использовании аппаратных физиотерапевтических методов, талассопродур, приемов мануальной терапии, бальнеолечения при реабилитации названного контингента пациентов [1, 2, 3, 4, 5, 8]. Всё вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования: научное обоснование на статистически достоверном уровне наблюдений термина «аффилиарная (от древн.-греч. affiliate – «присоединяю», «устанавливаю связи») методология восстановительного лечения больных миелопатиями».

Методика исследования

В качестве материалов исследования была взята трансформация современных мировых и отечественных концептуальных воззрений на инновации в предметной восстановительной врачебной тактике лечения больных миелопатиями на различных этапах реабилитации (обзор официальных и литературных источников).

Результаты исследования

В ходе представленного исследования для выделения принципов аффилиарной (т. е. объединяющей)

методики восстановительного лечения были проведены кластерификация и ранжирование экзо- и эндофакторов, определяющих условия патогенизирующего влияния дегенеративных, дистрофических и сосудистых (как наследственных, так и приобретенных) составляющих развития различных клинических проявлений миелопатий. Следует конкретизировать негативное влияние следующих внешних причин (экзофакторов) на остроту поднятой проблемы, состоящей из роста на 26,8% уровня заболеваемости миелопатиями населения России [1, 2, 6] за последние 10 лет: 1) диссеминация (особенно среди различных слоев населения в возрасте до 40 лет) сосудистых миелопатий, спровоцированных алкоголизацией, курением, токсикоманией, в т. ч. при вдыхании самодельных аэрозолей из технических жидкостей, содержащих кроме паров эфира соли свинца, метанол и т. д.; 2) экономические и политические катаклизмы, приводящие широкие слои населения к ситуационным депрессиям, взаимосвязанным этиологически с оксидантным стрессом в ЦНС (как одним из условий потенциального развития клинических форм миелопатий); 3) загрязнение питьевых водоемов и почвы промышленными отходами, содержащими производные меди, цинка и других металлов как экзофакторов нейродегенеративных процессов, провоцирующих (в т. ч. у больных миелопатиями) мутацию гена медьзависимой супероксиддисмутазы (СОД-1), определяющей цитотоксические свойства мутантного белка;

4) экологическое неблагополучие (включая радиационное загрязнение территорий субъектов РФ после аварии на Чернобыльской АЭС) как эксофактор формирования иммунодефицита и трансформации роли интерлейкинов в прогрессировании синдрома цервикальной миелопатии. Действие вышеозначенных эксофакторов при развитии миелопатий находилось в прямой корреляционной зависимости от ряда эндофакторов, что было кластерифицировано нами в ходе данного научного исследования в качестве особых групп внутренних причин развития изучаемой патологии, среди которых преобладали: а) наследственные, в т. ч. анатомические, предпосылки, метаболические эндофакторы и ранее перенесенные инфекции, например, вирусные (полиомиелит, опоясывающий лишай, ретровирусная миелопатия); дефицит фолиевой кислоты, витаминов Е и группы В; мальабсорбция; узость спинномозгового канала; дефект андрогенрецепторов и др.; б) сопутствующие хронические заболевания (ИБС, тиреотоксикоз, последствия стлового инсульта или наличие хронической недостаточности мозгового кровообращения); в) ведение нездорового образа жизни (снижение двигательной активности, неумение поддерживать биоритмы пропорциональным чередованием периодов работы и отдыха) и т. д.

Следует подчеркнуть, что обилие и разноплановость проанализированных выше методик [6, 7, 9] оперативного и консервативного лечения больных полиморфными миелопатиями были впервые использованы в рамках настоящего исследования не только для формирования этапного алгоритма восстановительного лечения пациентов с названной патологией, но и для реализации практического взаимодействия специализированной вертеброневрологической клиники и соматических здравниц Кавказских Минеральных

Вод и Краснодарского края при взаимодействии медикаментозных, инструментальных и немедикаментозных схем реабилитации больных миелопатиями. Таким образом, предложенное сущностное наполнение термина «аффилиарная методология восстановительного лечения больных миелопатиями» определило основные ингредиенты инновационной трехэтапной преемственной врачебной тактики реабилитации указанного контингента пациентов, включая: 1) группу А, т. е. больных (с полиморфными нозологическими формами миелопатий), прошедших ($n = 427$) консервативное восстановительное лечение в неврологическом отделении Кисловодской клиники вертеброневрологии Ставропольской государственной медицинской академии; 2) группу В, т. е. больных ($n = 278$), проходивших в этот же период в названной клинике СГМА этапы первичной и повторной стационарной реабилитации после оперативного вмешательства по поводу миелопатий; 3) группу С, т. е. больных миелопатиями ($n = 414$), прошедших за минувшие 5 лет санаторно-курортный этап реабилитации в здравницах Сочи и Геленджика (по авторским методикам) для потенцирования немедикаментозного терапевтического эффекта (в течение 1 года после лечения в специализированной вертеброневрологической клинике).

Анализ катамнестических данных (таблица) подтверждает, что случаи осложнения основного заболевания (даже в условиях постоперационной реабилитации больных с полиморфными формами миелопатий) составляют в Кисловодской клинике вертеброневрологии лишь 8,63% (при мировых аналогах до 15–18%), что достигается за счет инноваций предшествующего операциям консервативного лечения в названном ЛПУ в сочетании с постоперационным санаторным этапом реабилитации многочисленных групп этих же больных в здравницах Кавказских

Эмерджентность (системный эффект) авторских инноваций лечения больных миелопатиями

Степень терапевтического эффекта на конкретном этапе восстановительного лечения	Группа А Этап консервативного лечения в клинике вертеброневрологии ($n=427$, $p<0,05$)	Группа В Постоперационная реабилитация в Кисловодской клинике ($n=278$, $p<0,05$)	Группа С Санаторный этап лечения в здравницах Сочи и Геленджика ($n=414$, $p<0,05$)
1. Выписаны из баз исследования: А. Со значительным улучшением объективных показателей состояния здоровья и субъективного самочувствия; Б. С улучшением этих показателей; В. Без улучшения клинико-функциональных характеристик	11,24%, или $n=48$	19,07%, или $n=53$	15,46%, или $n=64$
2. Данные катамнеза: 2.1. Случаи осложнения основного заболевания в течение 1 года после выписки из базы исследования 2.2. Количество дней нетрудоспособности на 1 больного	88,05%, или $n=376$ 0,71%, или $n=3$	77,69%, или $n=216$ 3,24%, или $n=9$	83,57%, или $n=346$ 0,97%, или $n=4$
	4,91%, или $n=21$	8,63%, или $n=24$	3,14%, или $n=13$
	6,2±0,9	10,1±1,0	5,6±0,7

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А. Н. К вопросу об отборе больных с вертеброгенной патологией на амбулаторное восстановительное лечение // Реабилитация больных с заболеваниями и последствиями повреждений позвоночника и крупных суставов: Тез. докл. Второй научно-практич. конф., посвящ. 5-летию Московского центра реабилитации больных и инвалидов. – М., 1994. – С. 16–17.
2. Бугаев В. А. Методика реабилитации больных с хроническим болевым синдромом в области позвоночника / В. А. Бугаев, А. П. Жарков, В. И. Корышев, В. Е. Павлова // Реабилитация больных с заболеваниями и последствиями повреждений позвоночника и крупных суставов: Тез. докл. Второй научно-практич. конф., посвящ. 5-летию Московского центра реабилитации больных и инвалидов. – М., 1994. – С. 50–51.
3. Гершбург М. И. Двухэтапная реабилитация больных после оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков на поясничном уровне / М. И. Гершбург, А. А. Ходневич, Е. А. Хованцева, Л. Д. Саенко // Актуальные вопросы медицинской нейрореабилитации. Тез. докл. III научно-практической конференции, посвященной 30-летию ГБ № 10. – М., 1996. – С. 94–95.
4. Гусев Е. И. Классификация радиационных поражений нервной системы // Русский научный журнал. – 2000. – № 2. – С. 45–48.
5. Гуца А. О. Патогенетическое обоснование принципов лечения и реабилитации больных с дегенеративно-дистрофическими поражениями шейного отдела позвоночника / А. О. Гуца, И. Н. Шевелев // Актуальные вопросы медицинской нейрореабилитации. Тез. докл. III научно-практической конференции, посвященной 30-летию ГБ № 10. – М., 1996. – С. 95–96.
6. Коган О. Г. Реабилитация больных при травмах позвоночника и спинного мозга. – М.: Медицина, 1975.
7. Левин О. С. Эпизоды вертебробазиллярной недостаточности у больных миелопатиями с ярко выраженной патологией паренхимы печени // Русский научный журнал. – 2003. – № 2. – С. 64–65.
8. Лиев А. А. Вертеброневрологическая клиника в комплексе реабилитации больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы // Материалы научно-практической конференции, посвященной 75-летию Новокузнецкого ГИДУВа и 10-летию кафедры мануальной терапии, рефлексотерапии и неврологии. Тез. док. – Новокузнецк: издательство ИПК, 2002. – С. 355–359.
9. Мицкевич В. А. Нестабильность шейного отдела позвоночника // Российский научный журнал. – 2005. – № 1. – С. 64–68.
10. Митбрейт И. М. Некоторые аспекты реабилитации больных с патологией пояснично-крестцовой области позвоночника / И. М. Митбрейт, И. С. Веретенев, А. П. Жарков [и др.] // Реабилитация больных с заболеваниями и последствиями повреждений позвоночника и крупных суставов: Тез. докл. Второй научно-практич. конф., посвящ. 5-летию Московского центра реабилитации больных и инвалидов (6–7 октября 1994 г.). – М., 1994. – С. 39–40.
11. Рощина Н. А. Тяжелые металлы и социально-дифференцированные поведенческие факторы в распространении гематомииел в различных возрастных категориях населения России // Русский научный журнал. – 2006. – № 4. – С. 82–83.
12. Скворцова В. И. Современные представления об этиологии и патогенезе сосудистых миелопатий / В. И. Скворцова, Г. М. Левицкий // Научный вестник РГМУ. – 2005. – № 2 (прилож. 16). – С. 29–33.
13. Яковлев Е. П. Методология статистического анализа результатов научных исследований в восстановительной медицине / Е. П. Яковлев, Б. Л. Винокуров // Новый курортный журнал. – 2001. – № 2. – С. 84–85.
14. Chiappa K. H. Short-latency somatosensory evoked potentials following median nerve stimulation in patients with neurological lesions / K. H. Chiappa, S. K. Choi and R. R. Young // Prog. Clin. Neurophysiol (J. E. Desmet, ed). – 1996. – Vol. 7. – Karger, Basel. – P. 264–281.
15. Lacomblez L. Dose-ranging study of riluzole in amyotrophic lateral sclerosis / L. Lacomblez, G. Bensimon, P. N. Leigh, P. Guillet, V. Meininger // Riluzole Study Group II. Lancet. – 2001. – Vol. 347. – P. 1425–1431.

Поступила 10.09.2009

В. Д. ОСТАПИШИН¹, К. В. ГОРДОН¹, А. Ф. АЛЬШРАФИ¹, В. В. БАРТАШЕВИЧ²

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ И ПИТЬЕВЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД КУРОРТА СОЧИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ХОЛЕЦИСТИТАМИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

¹ФГУ «Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации (г. Сочи)

Федерального медико-биологического агентства»,

Россия, 354200, Краснодарский край, г. Сочи, Курортный проспект, 110;

²НИИ нейроортопедии и восстановительной медицины,

Россия, 354200, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Победы, 153.

E-mail: neuroorthopaedy@mail.ru, тел. 8-988-233-37-75

Комбинированное использование транскраниальной электростимуляции и природных минеральных питьевых вод Адлерского района г. Сочи на амбулаторном этапе у женщин, страдающих хроническими болезнями органов пищеварения, благоприятно воздействует на функциональную активность вегетативной нервной системы, обеспечивает нормализацию основных функциональных и клинико-лабораторных показателей гепатобилиарной системы, что потенцирует позитивную динамику состояния репродуктивной системы.

Ключевые слова: транскраниальная электростимуляция, природные минеральные питьевые воды, хронический холецистит.