

воздействия с ритмами физиологических функций, способствуя уменьшению дизрегуляторных иммунных нарушений, восстановлению компенсаторных и репаративных механизмов, улучшению показателей клеточного и гуморального иммунитета.

Литература

1. Автандилов Г. Г. Опухоли молочной железы и женских половых органов. Классификация опухолей ВОЗ – 2003. – РМА-ПО. – М., 2004. – 28 с.
2. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина. – 1975. – 225 с.
3. Гаркави Л. Х. и др. Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов-на-Дону. – Изд. Ростовского ун-та, 1979. – 126 с.
4. Клячкин Л. М. и др. Иммунореабилитация кардиохирургических больных // Int J on Immunorehabil. – 1999. – №11. – Р.56–163.
5. Маишковский М. Д. Лекарственные средства. – Ч.1. – М.: Медицина, 1993. – С.162.
6. Сепашвили Р. И. Иммунореабилитация: определение и современная концепция // Int.J.on Immunorehabil. – 1998. – №10. – Р.5–7.
7. Сидоренко Ю. С. Аутогеомоимунотерапия. – Ростов-на-Дону, 2002. – 303 с.
8. Теория и практика восстановительной медицины / Под ред. А. А. Хадарцева, В. М. Еськова. – Тула – М., 2005. – Т. III. – 220 с.
9. Теория и практика восстановительной медицины / Под ред. А. А. Хадарцева. – Тула – М., 2006. – Т. VI. – 152 с.
10. Хетагуров Л. Г., Салбиев К. Д. Хронопатофизиология доклинических нарушений здоровья. – Владикавказ: Проект-Пресс, 2001. – 176 с.
11. Jordan H. Kurorththerapie (Jena: Gustav Fischer Verlag). – 136 S.
12. Volante R., Ronco G. National survey of the quality of 2nd level in screening for cervical cancer. Azienda Ospedaliera O.I.R.M. Sant'Anna, Torino Epidemiol Prev. – 2006. – 30 (Suppl.13):51–7.

PATHOPHYSIOLOGICAL BASE OF IMMUNEREHABILITATION OF PATIENTS ILL WITH CERVICAL CANCER OF UTERUS BY PHYTOADAPTOGENES I.E. ELEUTEROCOCCUS AND PHYTOVIT

S. M. KOZYREVA

Summary

For the first time there were established qualitative cytologic indices of the patients ill with cervical cancer of uterus immunity after a course of treatment by phytoadaptogenes of eleuterococcus and phytovit extraction was carried out which reflect positive dynamics of immune status in patients pre- and post operation. New knowledge about the role of the impairments of temporary organization of physiological function in the uterus cervical cancer development and progressing was acquired.

Key words: phytoadaptogenes of eleuterococcus

УДК 616.711-067.55

О ВОЗМОЖНОСТЯХ КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ МИЕЛОПАТИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИРОДНЫХ И ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ КАВКАЗСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД НА БАЗЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ.

В. В. МОИСЕЕВ, А. А. ЛИБЕВ, А. А. АСТЕЖЕВА*

Высокая распространенность первичной инвалидности вследствие дорсопатий составляет 19 случаев на 100 000 населения (т. е. ежегодно примерно 27 100 человек становятся инвалидами).

В нозологической структуре первичной инвалидизации вследствие дорсопатий [14] поражение межпозвоночного диска шейного отдела с миелопатией (21,2%) занимает третье место, уступая лишь сколиозу (21,8%) и остеохондрозу позвоночника (21,5%), оставляя общий уровень инвалидности населения России

при указанной патологии костно-мышечной системы весьма высоким. Цервикальная миелопатия рассматривается как системный процесс дискомедулярного конфликта с синдромом бокового амиотрофического склероза, признаками которой могут быть сегментарные гипотрофии в кистях и, одновременно, симптомы пирамидной недостаточности с гиперрефлексией, патологическими пирамидными рефлексиями и спастическим повышением мышечного тонуса в нижних конечностях.

Пока не определены стандарты оказания специализированной помощи данной категории больных. Одновременно российские куртологи, вертеброневрологи и организаторы здравоохранения выражают обеспокоенность отсутствием специализированных, в т. ч. вертеброневрологических коек, в учреждениях отечественного здравоохранения и отмечают недостаточную задействованность природных и преформированных физических лечебных факторов Кавказских Минеральных Вод [9].

Цель исследования – обоснование, разработка и внедрение новых концептуальных направлений в реабилитации и восстановительном лечении больных вертеброгенными цервикальными миелопатиями – этиопатогенетически обоснованное применение методов мануальной коррекции, локальной криотерапии, плазмафереза в оптимальном сочетании с природными и преформированными факторами Кавказских Минеральных Вод.

Материалы и методы. Базой исследования являлась Клиника вертеброневрологии Ставропольской ГМА (г. Кисловодск). В качестве единиц наблюдения выступали сформированные методом непреднамеренного отбора рандомизированные группы больных. Единичными наблюдения с января 2006 года по сентябрь 2007 года были 528 пациентов с цервикальной патологией в возрасте от 18 до 65 лет, с давностью заболевания от одного года до 12 лет. Возрастной состав обследованных: от 18 до 29 лет – 28 чел.; от 30 до 39 лет – 137; от 40 до 49 лет – 175; от 50 до 59 лет – 158; старше 60 лет – 30. Всего 294 мужчины и 234 женщины.

Таблица 1

Вегетативно-сосудистые изменения в области верхних конечностей в исследуемых группах пациентов

Группа, количество больных	Отечность кистей	Побледнение кистей	Цианоз кистей	Гипергидроз	Сухость кожи	Снижение кожной температуры		Повышение кожной температуры	
						Прокс.	Дист.	Прокс.	Дист.
						отделы	отделы	отделы	отделы
I ЦМ	13	15	-	17	10	13	15	22	13
58 человек	22,4%	25,9%	-	29,3%	17,2%	22,4%	25,9%	37,9%	22,4%
II ЦС	5	12	8	14	10	3	15	12	9
30 человек	16,6%	40%	26,7%	46,7%	33,3%	10%	50%	40%	30%

У 313 из них (205 мужчин и 108 женщин) наиболее частыми жалобами являлись различные виды нарушений чувствительности, онемение и парестезии кончиков пальцев рук и ног, чувство жжения в конечностях, изменение окраски кожи кистей или стоп, «ползание мурашек», а так же боль различной степени выраженности, окраски и локализации, ломота, мышечная слабость и «похудание» отдельных групп мышц. В большинстве случаев пациенты связывали свои жалобы с болями в шейном отделе позвоночника и отмечали время и условия их возникновения. Проводилось обязательное динамическое неврологическое обследование по общепринятым методикам. Клиническая симптоматика обуславливалась ареалом поражения и заинтересованностью невралических структур спинного мозга, длительностью вертеброневрологического анамнеза и характеризовалась синдромом вертеброгенной цервикобрахиальной различной степени выраженности и окраски в сочетании с периферическим парезом верхних конечности, спастическим парезом или пlegией нижних конечностей, диссоциированными расстройствами поверхностной и выраженными нарушениями глубокой чувствительности, нарушением функции тазовых органов. Вертеброневрологическое обследование, направленное на выявление патофизиологических нарушений со стороны опорно-двигательной системы, имело целью оценку степени выраженности вертебрального синдрома (ВС). Посредством глубокой пальпации мышц шеи и плечевого пояса были выявлены объективные признаки миофасциального болевого синдрома (МФС) – регионарный постуральный дисбаланс мышц (РПДМ), триггерные пункты (ТП), локализация которых рассматривалась в зависимости от структурных единиц мышц. Для выявления функциональных биомеханических

* Кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины Ставропольской ГМА, Клиника вертеброневрологии, Кисловодск, 357716, ул. Коминтерна, 10; факс (879-37)-77250; e-mail: SGMA@narzan.com

нарушений велось мануальное тестирование, позволяющее оценить функциональные биомеханические нарушения двигательной системы: функциональный блок (ФБ), РПДМ, неоптимальный двигательный стереотип (НДС). Посредством поверхностной пальпации выявлялись вегетативные реакции (явления термоасимметрии, гипергидроз).

Ультразвуковое доплерографическое исследование (УЗДГ) брахиоцефальных сосудов осуществлялось с помощью системы ультразвуковой диагностики TOSHIBA Nemio SSA-550A, с локацией исследуемых сосудов датчиками с частотой 4 МГц и 2 МГц в динамике до и после проведенного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий. Локация позвоночных артерий (ПА) проводилась в сегментах V1, V2 V3. Для идентификации сигнала применяли кратковременную (1-2 с) компрессию сонной артерии (СА) на гомолатеральной стороне [11]. Исследование кровотока по основной артерии и интракраниальному отрезку (сегмент V4) ПА проводилось через субокципитальное акустическое окно в положении пациента стоя или сидя на стуле с наклоненной вперед головой. УЗДГ артерий верхних конечностей велась по подключичной, плечевой и лучевой артериям в положении сидя с использованием функциональных проб. Рентгенография шейного отдела позвоночника проводилась на аппарате SIMENS TNR D800-1 (Germany) в динамике по стандартной методике в прямой и боковой проекциях. Лучевая нагрузка – 0,05 мЗв. По показаниям проводились функциональные пробы (ФРИ) в положении максимального сгибания и разгибания головы (лучевая нагрузка – 0,02 мЗв).

Таблица 2

Динамика результатов доплерографического обследования до и после лечения

Группа	Асимметрия кровотока по позвоночным артериям			Асимметрия кровотока по артериям верхних конечностей			Явления ангиоспазма ПА		Явления ангиоспазма артерий верхних конечностей		
	п	Сохраняется	нет *	п	Сохраняется	нет *	п	Сохраняется	п	Сохраняется	нет *
I ПМ 58 чел.	29	8 27,6%	21 72,4%	41	3 7,3%	38 92,7%	37	-	25		25 100%
II ПС 30 чел.	20	13 65%	7 35%	14	4 28,6%	10 71,4%	10	2 20%	20	4 20%	16 80%

Таблица 3

Сведения о количестве дней с временной утратой трудоспособности в исследуемой и контрольной группах

Группа	Число больных	Количество дней нетрудоспособности (на одного больного)		
		М	± m	P
ПМ	35	4	±0,44	P <0,001
ПС	10	10	±1,53	

Для уточнения клинического диагноза у данной категории больных и систематизации взаимосвязанных патогенезирующих факторов развития синдрома цервикальной миелопатии: дегенеративных, дистрофических и сосудистых, - было рекомендовано проведение МРТ - исследования шейного отдела позвоночника на аппарате SIMENS MAGNETOM C!, оснащенном С-образным постоянным магнитом, открытым в передней части, с напряженностью гомогенного магнитного поля 0,35 Тл. [1]. В результате, из 313 пациентов была выделена группа I в составе 58 человек с МР проявлениями цервикальной миелопатии. При формулировке диагноза использовалась Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ X) и классификация заболеваний периферической нервной системы. На низкотермическом курорте (курорт «Кисловодск» расположен на высоте 812-1200 метров над уровнем моря) больной попадает в специфическую климатогеографическую среду (умеренная гипоксия и гипобария – среднебарометрическое давление сохраняется на уровне 636–685 мм рт. ст.). Происходит перестройка функциональной активности нервной системы - повышается ее возбудимость, увеличивается тонус симпатического звена вегетативной нервной системы.

Одним из основных специфических лечебно-реабилитационных факторов мы считаем естественные минеральные воды типа «Нарзан». Формула общего нарзана (по Курлову): T-13,8⁰, CO₂-1,7, M_{2,3} (HCO₃59,5 SO₄22,4 C₂/Ca59,8

Mg23,2(Na+K)18). Нарзанные ванны оказывают позитивное действие на центральную нервную систему, заключающееся в снижении симптомов астении, повышении умственной работоспособности при одновременном усилении парасимпатической активности гипоталамуса и нормализации симпатико-адреналовой активности. Концентрация углекислоты в минеральной воде определяет её целебное действие при наружном применении. Из воды в кожу поступает до 20–25% CO₂ от его общего содержания в воде и значительно меньше во внутренние органы (печень, легкие, сердце и т.п.) – до 1–2%. Непосредственное физиологическое действие CO₂, проникающего в организм, дополняется механическим действием газовых пузырьков, оседающих на кожу (микромассаж), что, в свою очередь, сочетается со своеобразным действием CO₂ на процессы терморегуляции, в виде повышенной теплоотдачи на фоне интенсивного расширения кожных капилляров, понижения внутренней температуры тела и венозной крови. Понижение температуры тела сопровождается ощущением тепла за счет расширения кожных капилляров, что создает комфортные условия при приеме процедуры. Это позволяет проводить лечение при более низких, чем другие ванны, температурных режимах, и соответственно уменьшает нагрузку на сердечно-сосудистую систему (ССС) [6]. В ходе эксперимента нами использовался смешанный режим бальнеолечения - температура минеральной воды 36°C, временная экспозиция от 10 до 12 минут, на курс 10 процедур.

Для пелоидотерапии была использована иловая сульфидная грязь Тамбуканского озера, обладающая мощным анальгезирующим, антиспазмическим, противовоспалительным эффектом. Грязелечение проводилось по аппликационному методу, не оказывающему больших нагрузок на ССС. Температура грязи обычно составляет 40-42°C, экспозиция – 20-21 мин., через день, на курс до 8-10 процедур. Грязевые аппликации улучшают условия регенерации периферических нервов, ослабляют болезненность нервных стволов, снимают спастичность и ригидность мускулатуры, способствуют восстановлению двигательных функций. Представленные выше данные свидетельствуют о мощных реабилитационных возможностях Кисловодского курорта. Однако работы последних лет показали целесообразность использования наряду с естественными природными факторами таких методов, которые оказывают потенцирующий эффект, что в итоге приводит к более выраженному саногенетическому результату [8].

Среди последних, основным мы считаем метод мануальной коррекции, включенный, в качестве базисного, в комплекс восстановительного лечения и реабилитации для всех пациентов основной группы. В ходе эксперимента применено адекватное сочетание разнообразных методик мануальной коррекции (ишемическая компрессия, акупрессура, релиз (release)- феномен, протяжка фасции, постизометрическая релаксация (ПИР) задействованных в патологическом процессе мышц, мобилизационные методики (МБ), метода локальной криотерапии (ЛКТ) и плазмафереза [7, 15]. ЛКТ области заинтересованных позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника и мест прикрепления мышц осуществлялась охлажденным сухим воздухом при температуре -30°C, длительностью 3-4 мин., по стабильной методике, 7-10 процедур на курс лечения [10]. ЛКТ, в отличие от тепловых процедур, стимулирует компенсаторные реакции организма, в первую очередь органов, имеющих рефлекторно-сегментарную связь с областью воздействия холодом. При этом происходит выработка эндогенного тепла, усиление кровообращения и улучшение трофических функций, что, в свою очередь, способствует длительной стабилизации лечебного эффекта [12].

Учитывая аутоиммунные реакции, играющие важную роль в патогенезе синдрома цервикальной миелопатии, в комплексное восстановительное лечение включен плазмаферез. На курс 4-5 процедур – 1,5-2 ОЦК. Проведение плазмафереза позволяет обеспечить не только удаление всех патологических продуктов, независимо от их электрохимической активности, но и более полное восстановление всех компонентов плазмы с нормализацией онкотического давления и волеимического баланса, гормонально-ферментативной активности с восстановлением механизмов ауторегуляции [5]. В результате приостанавливается накопление некоторых неидентифицируемых веществ аутоиммунной или аллергической природы, вызывающих разрушение миелина [4].

Это позволило нам разорвать «порочный круг», снизить до минимума, а в некоторых случаях, полностью отказаться от традиционных схем лекарственной терапии [13]. Для сравнения

результатов проводимого комплекса лечебно-реабилитационных и восстановительных мероприятий была отобрана контрольная группа II в составе 30 человек с компрессионно-сосудистыми синдромами остеохондроза шейного отдела позвоночника, лечение которых проводилось по общепринятым методикам без использования методов мануальной коррекции, локальной криотерапии и плазмафереза. Состав контрольной группы по полу и возрасту не отличался от соответствующей основной группы.

Обработка материалов осуществлялась с использованием пакетов программы Statistika 6.0 for Windows [3].

Результаты. Анализ проведенного УЗДГ-исследования позволил выделить ряд объективных параклинических признаков развития дефицита кровенаполнения в вертебрально-базиллярном бассейне, характерных для синдрома цервикальной миелопатии, подтверждающих патогенерирующую роль клеточно-фиброзных разрастаний позвонково-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника. К ним можно отнести ангиоспастические реакции в вертебрально-базиллярной системе, асимметрию кровотока и явления ангиоспазма позвонковых артерий, асимметрию кровотока и явления ангиоспазма артерий верхних конечностей.

У абсолютного большинства обследованных с диагностированным синдромом цервикальной миелопатии выявлены разнообразные по степени выраженности и окраске признаки вегетативной и сосудистой дистонии: ощущение похолодания, отечность дистальных отделов верхних конечностей, расстройство потоотделения (гипергидроз или сухость кожных покровов), изменение окраски кожи (бледность, цианоз), изменение пульсовых характеристик на лучевых артериях, явления термоасимметрии, дермографизма. Это в определенной степени укладывается в понятие периферической вегетативной недостаточности в рамках патологии сегментарного отдела вегетативной нервной системы, реализация которой обеспечивается как дисфункцией надсегментарных отделов вегетативной нервной системы, так и ее сегментарно-периферической недостаточностью [2].

Симптомы периферической вегетативной недостаточности диагностированы в области шеи и в дистальных отделах верхних конечностей. Бледность кожных покровов, пастозность, расстройство потоотделения, явления термоасимметрии с повышением температуры в области надплечья выявлены у 180 (34%) обследованных, вне зависимости от длительности и степени выраженности патологического процесса (табл. 1). В результате проведенного рентгенологического и МРТ-исследований были систематизированы факторы развития цервикальной миелопатии: врожденная узость спинномозгового канала, критическое уменьшение сагиттального размера позвоночного канала на уровне шейного утолщения менее 0,9 см на фоне развития дискомедулярного конфликта и задних костно-хрящевых разрастаний, нередко усугубленного нестабильностью ПДС.

УЗДГ-обследование, проведенное в основной и контрольной группах, достоверно подтверждают большую эффективность предложенного нами комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в основной группе и коррелирует с регрессом клинических проявлений (табл. 2). Апробированный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий позволил сократить среднее число дней с временной нетрудоспособностью – в основной группе $4\pm 0,44$, в контрольной – $10\pm 1,53$ дня при $p<0,001$ (табл. 3).

Выводы. Цервикальная миелопатия представляет собой генерализованный процесс с вовлечением центрального и периферического звеньев нервной системы, характеризующийся полиморфизмом клинических и параклинических проявлений. Данное обстоятельство требует отказа от действующих стандартных схем лечения и говорит о целесообразности применения патогенетически обоснованного авторского комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием методов мануальной коррекции в качестве базисного лечения синдрома цервикальной миелопатии в оптимальном сочетании с уникальными реабилитационными возможностями Кисловодского курорта. И, на наш взгляд, позволяет говорить о новом разделе восстановительной медицины – восстановительной вертеброневрологии. Хорошая переносимость, кратковременность, отсутствие побочных эффектов, минимальное число противопоказаний, совместимость с другими методами, выраженный противоболевой эффект, делают локальную криотерапию одним из наиболее перспективных методов лечения и реабилитации больных с цервикальной миелопатией. Использование метода плазмафереза в комплексе восстановительного лечения оказывает выраженный

потенцирующий эффект, приводит к активации саногенетических процессов, замедляет прогрессирование заболевания, улучшает качество жизни пациента.

Возможности методов нейровизуализации (МРТ, УЗДГ) должны быть использованы в полной мере как на госпитальном, так и на догоспитальном этапах, в качестве диагностических критериев и критериев эффективности проведенного лечения.

Литература

1. Ахадов Т.А. и др. Магнитно-резонансная томография спинного мозга и позвоночника. – М., 2000. – С. 506–540.
2. Беляев А.Ф. // Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы и их коррекция: Мат-лы междунар. конф. – Новосибирск: Издатель, 2002. – С. 111–113.
3. Боровиков В. STATISTIKA: искусство анализа данных на компьютере: Для профессионалов. – СПб.: Питер, 2001.
4. Верецагин Н.В., Пирадов М.А. Плазмаферез при тяжелых неврологических заболеваниях. – М., 1999. – С. 16–17.
5. Воробьев А.И. и др. Плазмаферез в лечении неврологических заболеваний. – М., 1998.
6. Кривокозов М.Г. Кавказские минеральные воды. – М., 1994.
7. Левит К. и др. Мануальная медицина: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1993. – 512 с.
8. Лиев А.А. // Вертеброневрол. – 1992. – №2. – С. 48–52.
9. Лиев А.А. // Мат-лы научно-практ. конф., посв. 75-летию Новокузнецкого ГИДУВа и 10-летию кафедры мануальной терапии, рефлексотерапии и неврологии: Тез. док. – Новокузнецк: Изд-во ИПК, 2002. – С.355–359.
10. Миронов С.П. и др. Клинический опыт применения воздушной криотерапии в лечении больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника. – М.: ГУН ЦИТО им. Н.Н.Пирогова МЗ РФ, 2003.
11. Нефедов А.Ю. // Миофасциальная боль в вертеброневрологии: Тез. докл. конф., посв. памяти проф. В.П. Веселовского. – Кисловодск, 2000. – С. 119–126.
12. Портнов В.В. и др. // Сб. научно-практ. конф. «Неврология-Реабилитация-Биомеханика» 23–25 апр. 2003. – М., 2003.
13. Скоромец А.А., Клименко А.В. Традиционные методы лечения больных остеохондрозом позвоночника. – Кемерово: Народная медицина, 1993. – 302 с.
14. Шевченко Ю.Л. Доклад министерства здравоохранения 30 марта 2002 года «Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения и задачах по совершенствованию медицинской помощи населению в соответствии с Программой социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 г.г.)». – М.: МЗ РФ, 2002. – 174 с.
15. Travell J.G., Simons D. Myofascial pain and Dysfunction (Vol. 2). // Baltimore. – 1992. – P. 607.

ABOUT OPPORTUNITIES OF COMPLEX RECOVERY TREATMENT AND REHABILITATION IN PATIENTS WITH CERVICAL MYELOPATHY BY MEANS OF THE USE OF NATURAL AND PREFORMATION FACTORS OF THE CAUCASIAN MINERAL WATERS ON THE BASIS OF SPECIALIZED VERTEBRONEUROLOGIC CLINICS.

V.V.MOISEEV, A.A.LIEV, A.A.ASTEZHEVA

Summary

In 58 patients with neurologic displays of an osteochondrosis of a cervical department of a backbone in the age of from 18 till 65 years with prescription of disease from one year till 12 years by means of magnetic resonance image have been revealed in a spinal cord the centers raised MR-signal, caused by infringement of processes of microcirculation. It is offered author's etiopathogenetic the proved method of regenerative treatment cervical myelopathy, based on application of methods manual to correction, local cryotherapy by cooled dry air (installation KRIO-DJET mini), plasmapheresis in an optimum combination with natural and preformation factors of the Caucasian Mineral Waters.

Keywords: regenerative treatment, cervical myelopathy, magnetic resonance image, manual correction, cryotherapy, plasmapheresis.