

учреждений по определению приоритетов оздоровительной работы в отдельных классах или школы в целом.

Внедрение этой компьютерной программы позволяет улучшить качество проведения профосмотров учащихся; выдавать дифференцированные рекомендации для учителей, родителей, учащихся и медработников по обучению, воспитанию и оздоровлению детей; создать автоматизированную базу данных о состоянии здоровья детей школьного возраста; улучшить мониторинг здоровья школьников; оказывать методическую помощь руководителям образовательных учреждений, педагогам, медработникам по вопросам охраны здоровья учащихся.

Использование программы имеет экономический эффект. Он заключается в экономии рабочего времени школьного врача и медсестры, что достигается за счет автоматизации обработки данных (анкетных тестов, оценки физического развития и физической подготовленности, артериального давления, выявления нарушений осанки, прогноза и оценки течения адаптации, биологического возраста и др.); автоматического формирования заключения о состоянии здоровья по результатам профосмотра в соответствии с существующим стандартом; автоматического подбора рекомендаций для детей, родителей и педагогов (с учетом принципов профессиональной компетентности и соблюдения этических норм в охране прав ребенка). Социальный эффект от использования этой программы заключается в индивидуализации профмероприятий с учетом развития детей, повышения информированности детей, родителей, педагогов о результатах профосмотров, увеличения возможности разработки внутри- и внешкольных мероприятий с учетом особенностей развития детей.

Внедрение компьютерной программы автоматизированного мониторинга здоровья учащихся в практику образовательных учреждений позволит совершенствовать работу и экономить рабочее время медсестры и врача школы. Это будет способствовать снижению нагрузки на медперсонал, росту эффективности его работы, а также повысит престиж работы школьной медслужбы. Выдача индивидуальных рекомендаций родителям и детям по результатам профосмотра повысит информированность населения и создаст условия для повышения мотивации к сохранению и укреплению здоровья школьников. Выдача рекомендаций для учителей позволит совершенствовать школьную и внешкольную работу по оздоровлению обучающихся.

Литература

1. *Здоровье, обучение и воспитание детей: история и современность (1904-1959-2004)* / Баранов А.А. и др. – М., 2006.
2. *Кучма В.Р., Звездина И.В., Жигарева Н.С.* // Вопросы современной педиатрии. 2008. Т.7, №4. С.9–12.
3. *Поварго Е.А.* // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. №6. С.14–15.

УДК 616.832.13; 616.3

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДОРСАЛГИЕЙ, ИМЕЮЩИХ СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

А.А. МАРЬЯНОВСКИЙ*, Н.Е. КОМЛЕВА, В.Ф. СПИРИН**

Ключевые слова: органы пищеварения, дорсалгия

Боль в спине, в связи с ее распространенностью у лиц трудоспособного возраста, является одной из основных причин экономических потерь во всех индустриально развитых странах [2]. При изучении распространенности дорсалгий у работающих в различных отраслях производства многие авторы указывают на более высокую встречаемость патологии у тех, чья профессиональная деятельность связана с неблагоприятными факторами трудового процесса, такими, как немеханизированный физический труд, долгое пребывание в вынужденной позе, выполнение однообразных трудовых операций, переохлаждение, перегревание, вибрация, психоэмоциональное напряжение и др. [6].

Причины болей в спине весьма разнообразны и многочисленны. Наиболее часто встречаются миофасциальные, спондило-, висцеро-, психогенные болевые синдромы, в связи с чем дорсалгии делят

на две большие группы: вертеброгенные и невертеброгенные [1]. Существующая закономерная связь между внутренними органами и сегментарным строением спинного мозга позволяет сделать вывод, что возникновению болей в спине могут способствовать заболевания внутренних органов и, в свою очередь, функциональные нарушения позвоночника могут быть решающим фактором, определяющим развитие симптомокомплекса той или иной органной патологии [2,8].

Применительно к проблеме реабилитации дорсалгий важно подчеркнуть, что достижение высокой эффективности лечебно-профилактических мероприятий во многом возможно только с учетом саногенетических реакций организма пациента, реализованных на уровне различных его систем и направленных на купирование возникших морфо-функциональных нарушений [7].

Цель исследования – оптимизировать реабилитацию больных с дорсалгией при сопутствующей патологии органов пищеварения.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 295 пациентов с болью в спине в возрасте от 20 до 66 лет. Пациентам, вошедшим в настоящее исследование, проводилось клиническое обследование, включающее нейрорезиологическое обследование, психофизиологическое тестирование, по показаниям – ФГС, УЗИ органов брюшной полости и специальные методы диагностики (МРТ, рентген позвоночника, электромиография).

Из числа обследованных 149 человек (50,5%) были лицами мужского пола, 146 (49,5%) – женского. Из 295 пациентов 125 человек вошли в основную группу (ОГ) – больные с дорсалгией, получавшие лечение методом гомеосиниатрии (специальная методика введения комплекс гомеопатических (антигомоторических) препаратов в биологические активные точки – БАТ); 170 больных составили группу сравнения (ГС) – пациенты с дорсалгией, находившиеся на стандартной общепринятой терапии. Среди больных преобладали лица трудоспособного возраста. ГС составили больные, сопоставимые по возрасту и полу с пациентами ОГ. Треть всех больных составили лица с продолжительностью заболевания >5 лет. Распределение больных по стажу заболевания в ГС и ОГ было идентичным. В ОГ 35,2% пациентов получали лечение только методом гомеосиниатрии, у 7,2% больных терапия сочеталась со стандартным лечением.

В ОГ препаратами выбора были комплексные антигомоторические средства репаративного, метаболического, противовоспалительного и иммуномодулирующего действия – препараты «Траумель С», «Дискус композитум», «Цель Т», т.е. те препараты, которые традиционно назначают больным с заболеваниями опорно-двигательного аппарата [3]. Курсовое лечение методом гомеосиниатрии планировалось с учетом имеющейся у больного сопутствующей патологии и строилось по принципам рефлексотерапии (табл. 1).

Таблица 1

Приоритетные БАТ, используемые для гомеосиниатрии у больных с дорсалгией в сочетании с заболеваниями органов пищеварения

Меридиан мочевого пузыря – V 22, 28, 48, 55, 57, 60, 62
Меридиан желчного пузыря – VB 34, 35, 36
Меридиан желудка – E 36
Меридиан печени – F 5
Задний срединный меридиан – VG 3, 4, 5

Первая процедура велась с вовлечением в схему гомеосиниатрических инъекций симметричных дистально расположенных БАТ на верхних и нижних конечностях меридианов желудка, толстой кишки, тонкой кишки, мочевого пузыря (E 34, 36, GI 11, 15, IG 9, 15, V 60, 62) – общим числом ≤8-10. На 2-м сеансе, который проводился через два дня, зона воздействия расширялась, и добавлялись инъекции в БАТ, расположенные проксимально, на уровне преимущественной локализации патологического процесса в позвоночнике. Во второй сеанс количество задействованных БАТ составляло, как правило, ≤5-6 проксимальных и 4-5 дистальных за один сеанс. Начиная с третьего сеанса, проводилось одновременное терапевтическое воздействие как на проксимальные, так и на дистальные БАТ с вовлечением в зону воздействия тех точек, которые не были задействованы на предыдущих сеансах. Препараты, предназначенные для инъектирования в один сеанс, вводились в виде смешанной инъекции, классическим для гомеосиниатрии 2-этапным способом.

Режим терапии и длительность курса лечения методом гомеосиниатрии определялись индивидуально в зависимости от

* Российский ГМУ, г. Москва
 ** Саратовский НИИ сельской гигиены

вида и тяжести вертеброгенного болевого синдрома заболевания, с учетом ответной реакции организма пациента и регресса клинико-неврологической симптоматики после первых процедур.

Результаты. В ходе нашего исследования установлена большая частота встречаемости заболеваний органов пищеварения у лиц с дорсалгией. Из 295 больных, обратившихся по поводу болей в спине, у 83,7% имелись жалобы, обусловленные заболеваниями органов пищеварения, которые находились в стадии обострения или неустойчивой ремиссии (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика заболеваний органов пищеварения у больных с дорсалгией

Заболевания органов пищеварения (247 чел.)	Количество наблюдений
Хр. гастрит, ремиссия/обострение	34 (11,5%)/13 (4,4%)
Дискинезия желчевыводящих путей	41 (13,9%)/18 (6,2%)
Гастродуоденит, ремиссия/обострение	32 (10,8%)/12 (4,1%)
Панкреатит хронический ремиссия/обострение	3 (1,0%)/0
Холецистит хронический, ремиссия/обострение	52 (17,6%)/9 (3,1%)
Язвенная болезнь, ремиссия/обострение	41 (13,9%)/7 (2,4%)
Колит неспецифический язвенный, ремиссия	3 (1,0%)

Более детальный анализ выявил следующие закономерности. До 30-летнего возраста и после 50 лет у лиц с сочетанной патологией в клиническом плане доминировали проявления со стороны органов пищеварения, а у пациентов в возрасте от 30 до 50 лет – доминируют симптомы дорсалгий (НПОП – неврологические проявления остеохондроза позвоночника) (рис. 1).

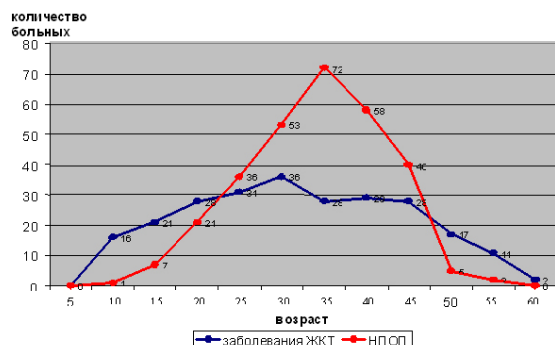


Рис. 1. Динамика клинических проявлений сочетанной патологии (ЖКТ+НПОП) у больных разных возрастов

Как показали наши исследования, гастроэнтерологические жалобы, обусловленные наличием заболеваний ЖКТ, доминируют в клиническом статусе пациентов до 30-летнего возраста, в сравнении с симптомокомплексом дорсалгий (НПОП), несмотря на то, что, согласно литературным данным [4,2], инволютивные изменения в позвоночнике в этот возрастной период уже диагностируются. Вышесказанное позволяет судить о наличии достаточного потенциала собственных защитно-компенсаторных сил организма до 30-летнего возраста в отношении «сдерживания» роста НПОП, в то время как неблагоприятные условия экологической и социальной жизни (нерациональное питание, стрессы, токсические нагрузки) способствуют росту числа заболеваний органов пищеварения. Стрессирующие воздействия, влияющие на частоту возникновения патологических изменений в органах пищеварения, играют весьма важную роль и при патологии позвоночника, потенцируют развитие болевого синдрома.

Данный факт вполне объясним с позиции теории гомеостатика Х.-Х. Реккевега, объясняющего взаимосвязи различных патологических состояний в виде тех или иных викариационных эффектов и акцентирующего внимание на дезинтоксикационном принципе в стратегии комплексного лечения. Создание истинного представления о генезе болевого синдрома при дорсалгии является трудной задачей, если рассматривать проблему с позиции холистической медицины. Тем интереснее оценить возможности терапии при сочетании дорсалгии и заболеваний органов пищеварения, применив для этого общерегулирующий подход (комплексные антигомотоксические препараты и метод гомеосиниатрии).

На фоне проводимой терапии методом гомеосиниатрии у пациентов ОГ первыми на 4–5 день курсового лечения) исчезали жалобы на органы пищеварения: купировался болевой синдром, диспепсические явления в виде тошноты, изжоги, аэрофагии. В

сравнении с началом стандартной терапии у пациентов ГС, как правило, увеличивалось количество симптомов, характерных для патологии органов пищеварения, так как препаратами выбора в этой группе обследованных были нестероидные противовоспалительные (НПВС), стероидные средства, которые не лишены побочного действия на органы пищеварения (табл.3).

Таблица 3

Динамика гастроэнтерологических жалоб у больных с дорсалгией

Симптомы	Количество больных ОГ/ГС (%)			
	До лечения	Через неделю (после 3 сеанса)	Через 1 месяц (после 10 сеанса)	Через 0,5 года
Боль в эпигастральной области	100/67,6	77,6/78,8	8,8/57,6	13,6/22,9
Чувство тяжести, дискомфорта в желудке	64,8/37,1	15,2/42,3	4,0/30,0	6,4/24,1
Тошнота, изжога	72,0/53,5	12,0/61,2	0,8/41,2	2,4/43,5
Усиленная отрыжка	73,6/51,8	18,4/58,2	4,8/27,1	3,2/25,3

Примечание: числитель – показатель ОГ; знаменатель – показатель ГС

Для клинического заключения об итоговых результатах терапии мы использовали качественную оценку ряда показателей. Были отобраны 4 градации результатов: «значительное улучшение», «улучшение», «без перемен» и «ухудшение», каждая из которых базировалась на определенных критериях. При купировании болей в спине позитивные результаты в состоянии опорно-двигательной системы (состояния «значительное улучшение» и «улучшение») в ОГ достигнуты у 89,4% больных, а в ГС – в 63,6%. При этом ни в ОГ, ни в ГС не отмечалось «ухудшения» в клиническом течении дорсалгии. При оценке динамики жалоб на состояние органов пищеварения выявлено, что у 88,8% пациентов ОГ достигнут клинический эффект, что достоверно выше, чем в ГС ($p < 0,05$). В ГС у 27,2% больных зарегистрировано ухудшение состояния органов пищеварения. Гистограммы распределения больных по этим оценочным критериям в ОГ и ГС свидетельствуют о более высоких уровнях здоровья в группе лиц, получавших лечение методом гомеосиниатрии (рис. 2, 3).

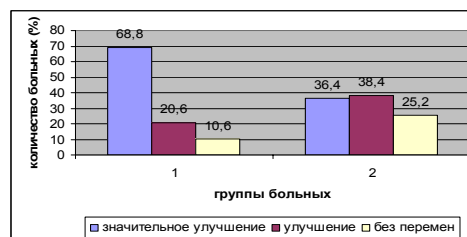


Рис. 2. Общая оценка терапевтической эффективности у больных с дорсалгией в ОГ и ГС. Примечание: 1 – больные ОГ; 2 – больные ГС

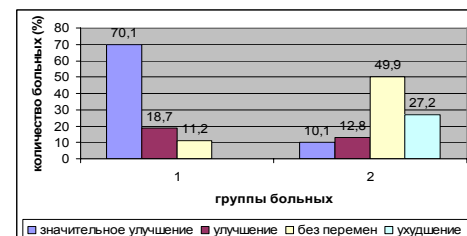


Рис. 3. Результаты купирования гастроэнтерологических симптомов у больных дорсалгией при различных программах реабилитации. Примечание: 1 – больные ОГ; 2 – больные ГС

Изучение отдаленных результатов лечения больных с дорсалгией с применением стандартной терапии и метода гомеосиниатрии является важным и необходимым условием проведения сравнительного анализа общих суммарных терапевтических эффектов в различных группах обследуемых. Нами на основании построения актуарных кривых (с использованием данных полученных по модифицированной шкале ВАШ) изучен анальгетический эффект при лечении больных с дорсалгией в зависимости от сроков катamnестического наблюдения в двух группах больных –

в ОГ и в ГС. Под анальгетическим эффектом подразумевалось отсутствие болевого синдрома, обусловленного не только основным заболеванием – дорсалгией, но и сопутствующей патологией, в частности заболеваниями органов пищеварения.

При изучении анальгетического эффекта в двух группах больных обнаружено, что в ОГ он более выражен. Причём значительное отличие наблюдалось на всём протяжении наблюдения (18 месяцев). Стойкость анальгетического эффекта через 0,5-1-6-12-18 месяцев после начала лечения для больных ОГ составила 97,6%-96,0%-75,1%-54,1%-58,6%, а для больных ГС 78,1%-50,2%-2,3%-5,1% соответственно. Динамика снижения анальгетического эффекта между двумя группами по интервалам наблюдения была неравномерна. В течение 1 месяца наблюдения в ОГ был отмечен стойкий анальгетический эффект, а в ГС он к концу месяца заметно снижался. С 1 до 6 месяца наблюдения динамика снижения анальгетического эффекта имела в обеих группах. Однако в ОГ стойкость анальгетического эффекта превалировала над его выраженностью в ГС (75,1 % и 2,3% соответственно). В ГС такой показатель можно расценивать как повторное обострение заболевания, которое наблюдается у этой категории больных 1-2 раза в год и требующее повторного курса терапии.

Через 18 месяцев в ГС наблюдается отсутствие анальгетического эффекта от проведенной терапии, тогда как у больных ОГ зарегистрирована стойкая ремиссия. У всех больных ГС, которые к этому времени находились под наблюдением, отмечалось обострение и основного заболевания, и сопутствующих заболеваний ЖКТ. Динамика анальгетического эффекта по интервалам наблюдения представлена в табл. 4.

Таблица 4

Динамика анальгетического эффекта по интервалам наблюдения за больными с дорсалгией

	Интервалы наблюдений			
	0,5–1 мес.	1–6 мес.	6–12 мес.	12–18 мес.
ОГ	на 1,6% уменьшилась	на 20,9% уменьшилась	на 21% уменьшилась	на 4,5% увеличилась
ГС	на 27,9% уменьшилась	на 47,9% уменьшилась	на 2,1% уменьшилась	на 4,9% уменьшилась

Выводы. Приведённые данные установили высокий анальгетический эффект метода гомеосиниатрии у больных с сочетанной патологией – НПОП и заболеваниями ЖКТ. Исследуемый метод лечения дорсалгий позволяет не только быстро купировать болевой синдром и обеспечить длительную ремиссию по сравнению с общепринятой стандартной терапией, но и самым благоприятным образом влияет на состояние органов пищеварения.

Основными направлениями терапии дорсалгий являются купирование болевого синдрома, воздействие на поражённые позвоночно-двигательные сегменты и экстравертебральные нейродистрофические очаги, коррекция психоэмоциональной и вегетативной дисфункций. К лечению и профилактике рецидивов боли в спине необходимо подходить комплексно, с учётом всех возможных механизмов вертеброгенных и нейрорефлекторных нарушений, а также состояния организма в целом. Этим требованиям в полной мере отвечает метод гомеосиниатрии, при котором применяются антигомеотоксические препараты, позитивно влияющие на звенья патологического процесса, задействуются БАТ с учётом индивидуальных особенностей пациента, что благоприятствует эффективности лечения. Преимуществами гомеосиниатрии по сравнению с иными консервативными методами являются активация саморегулирующих свойств организма, мобилизация защитных сил, устойчивость достигнутых эффектов, отсутствие аллергических и иных побочных реакций, что выдвигает этот метод лечения в число перспективных терапевтических стратегий в программах восстановительного лечения полиморбидных больных.

Гомеосиниатрия вполне может применяться в качестве терапевтического холистического лечения у пациентов, имеющих дорсалгию и заболевания органов пищеварения. Гомеосиниатрия во многом способствует оптимизации саногенетических реакций и снижению случаев полипрагмазии у проблемных больных.

Литература

1. Богачева Л.А., Снеткова Е.П. // Неврол. ж. 1996. №2. С.4–8.
2. Веселовский В.П. // Мат-лы Междун.о конгр. вертеброневрологов. Казань, 1993 С. 29.
3. Марьяновский А.А. // Биологическая медицина. 1996. №2. С. 45–51.

4. Осна А.И., Кельмаков В.П. // Вопросы нейрохирургии 1983. №1. С. 43–47.

5. Роллик И.С. Комплексное применение средств физической реабилитации в восстановительном лечении остеохондроза позвоночника: Дис...докт. мед. наук М., 1997. 349 с.

6. Engstrom T, Hanse J. J, Kadefors R. // Appl. Ergon. 1999. Vol. 30., № 5. P. 443–453.

7. Giles L.G.F. Innervation of spinal structures. Clinical anatomy and management of low back pain. Ed. Giles L.G.F. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1997:219–31.

8. McCulloch JA, Transfeldt E.E. Macknab's Backache. Baltimore. Williams&Wilkins, 1997.

УДК 616.832.14-008.6; 616.69-008

КОМБИНИРОВАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАЛЬНЕО- И МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

А.Т. ТЕРЕШИН, Н.Г. ИСТОШИН, И.Е. ЖУРАВЛЕВ*

Ключевые слова: пояснично-крестцовый остеохондроз

Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника (ОПКОП) в 32-76% случаев вызывает у больных психоэмоциональные, вегето-сосудистые, сексуальные расстройства [1,3,9]. Однако работы по неврологическим аспектам сексуальных расстройств при ОПКОП немногочисленны и крайне противоречивы. Медикаментозные методы лечения сексуальных расстройств при ОПКОП вызывают ряд побочных реакций и осложнений [1,4,7]. Адекватный подход может быть обеспечен лишь при опоре на системно-структурный анализ половых расстройств и митигированной тактике ведения больных, которым соответствует использование природных и физических факторов [1,4,7-9]. Ряд исследователей показал высокую эффективность терапии больных вертеброгенными заболеваниями бальнео- и мануальной терапией [1,4,8,9]. Бальнеотерапия с противовоспалительным, десенсибилизирующим действием, нормализующим влиянием на гипоталамо-гипофизарно-тестикулярную систему (ГТТС), ведет к восстановлению сексуальной функции у 24-38% больных [4,8].

Цель – оценка эффекта использования бальнео- и мануальной терапии эректильной дисфункции у больных ОПКОП.

Под нашим наблюдением было 40 мужчин в возрасте 24–45 лет (33,4±1,3 лет), у которых была диагностирована эректильная дисфункция на фоне ОПКОП с длительностью от 2 до 8 лет (4,3±0,5 лет). Обследование больных велось методами, принятыми в вертеброневрологии [3] и сексологии [7]. На каждого больного вычисляли индексы половой конституции по Г.С. Васильченко [7]. Больные самостоятельно заполняли квантификационную оценку сексуальной формулы мужчины (СФМ) [7], международный индекс эректильной дисфункции (IIEF). Индекс тревоги (ИТ) оценивали по Немчину, индекс нейротизма (ИН) – по шкале Айзенка. В качестве контроля были взяты 200 здоровых в сексуальном отношении мужчин в возрасте 25–45 (34,2±0,7 лет).

Всем больным проводились рентгенологическое обследование методами стандартной спондилографии в прямой и боковой проекциях, ядерно-магнитно-резонансная томография позвоночника (ЯМРТ), кардиоинтервалография (КИГ) при помощи кардиомонитора ЭКС-2-01 и компьютера РС 486 DX-4 по методу А.М. Вейна [2], доплерометрия сосудов полового члена аппаратом Expert GE с датчиками 6-14 МГц (США) в фазе релаксации и при видеоассоциативной сексуальной нагрузке с фармакотестом с левитрол по методу Е.Б. Мазо [6]. При доплерометрии определяли следующие параметры: максимальная систолическая скорость кровотока (Vmax); диастолическая скорость кровотока (Vedd); усредненная максимальная скорость кровотока (TAMX) – результат усреднения скоростных составляющих огибающей доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов; индекс периферического сопротивления (RJ) – отношение разницы систолической и диастолической скоростей кровотока к его систолической скорости: $RJ = \frac{Vmax - Vedd}{Vmax}$; индекс пульсации (PJ) – отношение разницы систолической и диастолической скоростей кровотока к усредненной по времени максимальной скорости кровотока: $PI = \frac{Vmax - Vedd}{TAMX}$.

* Пятигорский ГНИИК