

нию к размерам у здоровых женщин в первой группе составило 39,7% против 82,6% во второй. Толщина эндометрия как до, так и после лечения у всех пациенток не превышала границ нормативов для фазы цикла, в которой производилось исследование.

При ультразвуковом исследовании гепатобилиарной системы у 17,5% пациенток второй и 20% первой групп исходно определялось утолщение стенок желчного пузыря. После лечения подобные изменения констатировались уже у 45% человек, получавших гормонотерапию, а после бальнеолечения у 2-х больных отмечалась даже нормализация толщины стенок желчного пузыря. Во второй группе признаки сгущения желчи (повышенная эхогенность, билиарный сладж) исходно были у 6,25%, в первой – у 7,5%, а после курсового лечения – у 27,5% второй группы и 7,5% – первой. Таким образом, после курсового приема гормональных препаратов наблюдалось заметное ухудшение данных оценки гепатобилиарной системы по данным ультразвукового исследования, что подтверждает более корректное воздействие на состояние больных применяемых природных факторов.

Всем пациенткам производилась гистероскопия в первую фазу менструального цикла – как до, так и после лечения (через 1 мес. после окончания курсовой терапии). При данном обследовании исходно у 45% женщин второй и 40% первой подгрупп определялись эндометриозные ходы по внутренним поверхностям тела матки, из которых наблюдались скудные кровянистые выделения. После лечения эти изменения выявлялись у 35% больных второй и 7,5% – первой групп (процент улучшения соответственно составил во второй группе 22%, а в первой – 81,3%). У 25% больных второй группы и 20% – первой исходно имелись синюшные гетеротопии без нарушения целостности, но с изменением окружающего цилиндрического эпителия в виде отека, неровности поверхности; после лечения эти изменения сохранялись у 22,5% человек второй группы и 10% первой. Таким образом, процент улучшения в первой группе составил 50% и 10% – во второй. Рельеф стенок матки был изменен у всех женщин до лечения: наблюдались неровности, меняющие очертания внутренних контуров. После курсовой терапии изменения данных параметров наблюдались нами только у 25% больных второй группы (процент улучшения 25%). В первой группе после приема иодобромных процедур у всех пациенток уменьшалось количество неровностей, они становились менее деформированными, особенно заметно – у 37,5% пациенток (процент улучшения 100%, процент значительного улучшения – 37,5%). Толщина эндометрия не превышала нормальных размеров ни у одной больной ни до, ни после курсовой терапии. Во всех случаях наблюдения (100%) и до, и после лечения был изменен сосудистый рисунок эндометрия – имелось множество извитых, утолщенных сосудов, с несколько синюшной окраской. После гормонотерапии сосудистый рисунок становился несколько сглаженнее только у 25% женщин (процент улучшения 25%); после бальнеотерапии сосудистый рисунок становился сглаженным у всех наблюдаемых пациенток, сосуды утончались и были менее извитыми (процент улучшения 100%). Таким образом, после гормонотерапии нами не было зафиксировано ухудшения состояния внутренней поверхности тела матки, однако и положительных сдвигов не наблюдалось. После бальнеотерапии, напротив, отмечалось заметное улучшение показателей гистероскопии, что свидетельствовало о комплексном многогранном воздействии применяемых природных факторов на различные аспекты и проявления эндометриозного процесса.

Заключение. Применение комплекса иодобромных процедур вызывает значительные положительные изменения клинического состояния и данных объективного исследования. В результате проведенного сравнительного анализа становится очевидным более физиологичное влияние на организм больной, страдающей генитальным эндометриозом, изучаемых комплексов природных физических факторов (иодобромных вод). Проведенные исследования свидетельствуют о положительном влиянии гормонотерапии на состояние гормонального статуса и выраженность болевого синдрома у наблюдаемых больных и незначительное ее влияние на состояние эндометриозных очагов.

Литература

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина. – 1998.

2. Айламазян Э.К. и др. // Новости фармакотерапии. – 1997. – №3-4. – С. 93–97.

3. Баскаков В.П. // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2000. – №4 – С. 121–122.

4. Луговая Л.П. и др. Применение радоновых вод в комплексном лечении больных генитальным эндометриозом: Метод. реком. – Пятигорск, 1987. – С. 23–25.

5. Овсиенко А.Б. // Мат-лы Межд. научно-практ. конф. «ВУЗ. Здоровье. Интеллект». – Кисловодск, 2003. – С. 51–58.

УДК 615.015.21

ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА БИОДИНАМИЧЕСКОЙ И ОЗОНОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ДОРСОПАТИЯМИ.

Л. А. ГРИДИН, Ю. Б. ЧЕВАРДОВА*

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника принадлежат к числу самых распространенных хронических патологий. Причем среди неврологических проявлений остеохондроза позвоночника на первое место выходит вертеброгенный болевой синдром.

Боль в спине приобретает особую социальную и экономическую значимость, так как наиболее часто встречается у лиц трудоспособного возраста [2]. Частота возникновения болей в спине возрастает в популяции населения старше 40 лет. Исследования других авторов показывают, что боль в пояснице является достаточно распространенным симптомом и среди подростков. Хроническая боль может способствовать изменению психики, возникновению неврастения, астении, депрессии.

В настоящее время разрабатывается множество методов лечения данной патологии. Наиболее привлекательной нам представляется немедикаментозная терапия. Это связано с неуклонным ростом аллергических реакций и нежелательных побочных действий на препараты, используемые для лечения неврологических симптомов пояснично-крестцового остеохондроза.

Авторами предлагается большое разнообразие нелекарственных методов, как то мануальная терапия, рефлексотерапия, аппаратно-библизационная биодинамическая коррекция, озонотерапия, лазеротерапия и др. однако, до сих пор нет рекомендаций о возможности их сочетанного применения при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника.

Несмотря на полуторавековую историю озонотерапии только в течение последнего десятилетия в медицинской литературе стали появляться публикации, касающиеся эффективного использования терапевтических концентраций озона в лечении болевых синдромов. Причем, в этом отношении намечалось даже некоторое отставание по сравнению с другими клиническими дисциплинами, связанное, очевидно, с определенными трудностями в объективизации озониндуцированных сдвигов, касающихся непосредственно позвоночника. Это привело к тому, что имеющийся опыт применения озонотерапии в лечении неврологических расстройств сводится к разрозненным попыткам использования метода при тех или иных нозологических формах.

Главной целью озонотерапии является реактивация нарушенного кислородного гомеостаза на уровне целостного организма, и ткани, при условии таких методологических приемов, когда парентеральное введение озона сопровождается превалированием компенсаторного увеличения активности антиоксидантной системы защиты организма над прооксидантной.

Разработано множество путей введения озона в организм человека с лечебной целью. Основные методы озонотерапии:

- 1) парентеральные: внутривенный, внутриартериальный, внутримышечный, подкожный, внутрисуставный;
- 2) локальные: интраназальные, интравагинальный, накожный, колоректальный и т.д.

В неврологии успешно используются парентеральные методы введения озона (большая и малая аутогемотерапия, внутривенное введение озонированных растворов и др.) при различных патологических процессах: мигрень, головокружение, атаксия

* Кафедра мануальной терапии ФППОВ ММА им. И. М. Сеченова

Фридрейха, посттравматическая атрофия коры, дисциркуляторная энцефалопатия, кластерная головная боль; боли, обусловленные остеохондрозом позвоночника и грыжей межпозвоночного диска. Возможные осложнения: проходящее снижение АД, аллергические реакции, давящие боли за грудиной, диспноэ. Чаще всего осложнения бывают при внутривенном введении газообразного озона (0,7 случаев на 100000 больных – ничтожная величина по сравнению с побочными действиями других видов лечения). Причиной их является неправильная техника введения. Основные противопоказания к лечению озоном: острая алкогольная интоксикация, острый инфаркт миокарда, кровоизлияние в любой орган и кровотечение, гиперфункция щитовидной железы, судороги в анамнезе, тромбоцитопения, аллергия на озон.

Перспективность применения местных и общих методик озонотерапии в комплексном лечении болевых синдромов обусловлена, прежде всего, имеющимися данными о нормализующем влиянии терапевтических концентраций озона на содержание в тканях простагландинов. Заслуживают внимания результаты экспериментальных исследований спектра жирных кислот при экстракорпоральном озонировании крови в постгеморрагическом периоде [1, 4–8], свидетельствующие о способности производных озона уменьшать повышенное содержание основного субстрата для синтеза простагландинов – арахидоновой кислоты.

Реализация обезболивающего действия озона может быть связана с увеличением в плазме крови уровня серотонина – одного из антиноцицептивных нейротрансмиттеров. Этот факт установлен в исследованиях [8–9]. Учитывая потенцирующее действие воспаления на проявление ноцицептивных реакций, надо отметить мощное противовоспалительное действие озона, отмечаемое многими авторами и связываемое с активацией фагоцитоза, стабилизацией тонуса сосудов, стимуляцией синтеза цитокинов. Последние обеспечивают выработку моноцитами и макрофагами эндогенных опиоидных пептидов.

Цель работы – программа лечения дорсопатий с использованием озонотерапии и биодинамической коррекции, направленная на повышение эффективности имеющихся методик реабилитации, сроков ремиссии, улучшение качества жизни.

Материалы и методы исследования. С целью постановки диагноза, а также объективизации эффективности лечения было проведено неврологическое, мануальное обследование, электропунктурная диагностика по методу Р. Фолля, спондилография, магниторезонансная томография, психометрические тесты (шкала Спилберга – Ханина, цветовой тест Люшера).

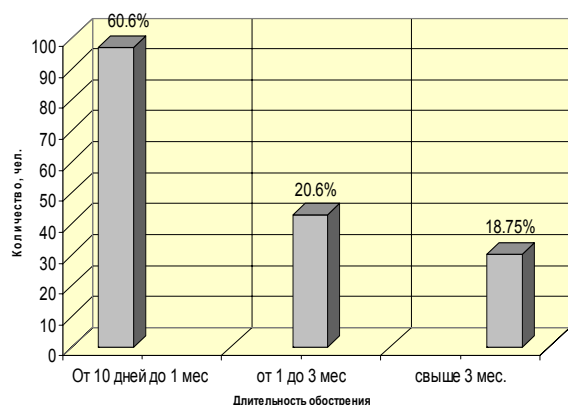


Рис. Длительность последнего обострения к моменту обращения

Под нашим наблюдением находились 160 больных с болевыми синдромами, обусловленными дорсопатиями грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Среди обследованных было 100 (62.5%) женщин и 60 (37.5%) мужчин. Из рис. видно, что большинство составили больные в возрасте 31–60 лет, что подтверждает широкое распространение данного заболевания среди трудоспособной части населения. Средний возраст больных составил в целом 39 лет, что соответствовало данным литературы о возрастном составе больных с неврологическими нарушениями при остеохондрозе позвоночника. Длительность заболевания к моменту обследования составляла от двух месяцев до 15 лет. Ведущую группу составили больные с длительностью заболевания от 5 до 10 лет, что говорит о хроническом течении нев-

рологической симптоматики дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Особое внимание обращено на частоту рецидивирования процесса, была проанализирована длительность последнего обострения к моменту обращения пациентов.

Результаты исследования. В основу синдромологического распределения пациентов была взята классификация вертеброгенных заболеваний. В соответствии с классификацией болевых синдромов дорсопатий больные были подразделены на две группы: с рефлекторными и корешковыми синдромами. В группе с рефлекторными синдромами преобладали мышечно-тонические и нейродистрофические проявления заболевания. По клиническим формам больные были разделены на группы: мышечно-тоническую (51,6%) и нейродистрофическую (48,3%). Для всех больных с рефлекторными синдромами был характерен болевой синдром. У больных с преобладанием мышечно-тонических нарушений отмечались стягивающие боли, тугоподвижность, уменьшающиеся после двигательной активности и усиливающиеся в состоянии покоя, напряжение и болезненность спазмированного участка при пальпации, иногда с иррадиацией боли в другие области. У некоторых больных отмечались вазовегетативные нарушения (онемение и похолодание всей нижней конечности или её отделов, «мраморность» кожных покровов дистальных областей больной ноги, ощущение жара, снижение пульсации тыльной артерии стопы поражённой конечности).

Для больных с нейродистрофическими проявлениями были характерны интенсивные ноющие боли, усиливающиеся при нагрузке и смене погоды. При пальпации отмечалась местная болезненность в зонах прикрепления мышц и на их протяжении. Очаги нейроостеофиброза были выявлены в области крестцово-подвздошных сочленений, грушевидной мышцы, в области прикрепления задних мышц бедра и на их протяжении. Сглаженность поясничного лордоза отмечалась у 63% больных, напряжение паравerteбральных мышц – у 100%. В случаях выраженного болевого синдрома наиболее часто наблюдали симптомы Ласега (прямой и перекрёстный), Дежеро спинальный, симптом посадки. Наблюдалось истончение кожи, гипотония, не выраженная гипотрофия мышц, гиперкератоз кожи стоп. Корешковые синдромы наблюдались у 71 больного (44,4%). Болевой синдром носил резко выраженный характер, чётко локализованный по дерматомам и миотомам. Характер и интенсивность боли определялись положением больного. Выраженность болевого синдрома была значительной в положении сидя, стоя, при ходьбе и уменьшалась в положении лёжа. Клиническая картина зависела от того, какой спинномозговой корешок был вовлечён в патологический процесс. При радикулопатии L4 помимо болевого синдрома, пациентов беспокоили парестезии в зоне бедра, гипотрофии 4-х голов бедра. При обследовании обнаружилось снижение или выпадение коленного рефлекса. Больные с радикулопатией L5 жаловались на ощущение покалывания и зябкости в области пальцев стопы, на затруднения при ходьбе («волочащуюся стопу»). Кроме жалоб на боли в спине, многие отмечали иррадиацию боли. Несколько реже отмечались жалобы на онемение конечностей, мышечную слабость в области нижних конечностей, а так же снижение чувствительности.

При осмотре были выявлены следующие статодинамические нарушения: напряжение паравerteбральных мышц (100%), сглаженность поясничного лордоза (57,5%), анталгический сколиоз (98,9%), анталгическая походка (86,75%). При компрессионно-корешковых спондилогенных поясничных синдромах была высокая выраженность регионарного постурального дисбаланса мышц, что часто приводило к нарушению двигательного стереотипа. Ведущим клиническим проявлением дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника являлся болевой синдром, оценку интенсивности которого проводили по 4-балльной системе. Болевой синдром диагностирован у 25 больных (32,3%), резко усиливающейся при незначительных движениях. Самостоятельное передвижение было затруднено, больные максимально щадили поясничный отдел позвоночника и переносили вес тела на «здоровую» ногу. Интенсивность этой боли пациенты оценивали как «4 балла». Боль, которая носила менее выраженный характер и возникала во время движений и физических нагрузок оценивалась, как «3 балла». Пациенты с радикулопатией характеризовали беспокоящую боль, как «стреляющую» – 29 человек (40,8%). Симптомы натяжения были положительными, но менее выраженными. Больные имели возможность самообслуживания, но ограниченную трудоспособность.

Пациенты с люмбоишалгией предъявляли жалобы на тянущую и жгучую боль. Болевой синдром характеризовался незначительной болью, возникающей только во время резких движений, при длительной ходьбе или в случае длительного пребывания в положении стоя. Интенсивность этой боли пациенты оценивали как «2 балла». Была отмечена большая выраженность болевого синдрома у больных с компрессией корешка. Анализ обследования показал уменьшение болевого синдрома у больных с длительным анамнезом, более тяжёлую клиническую симптоматику. При анализе данных, полученных при рентгенологическом обследовании, выявлено более частое снижение высоты дисков при рефлекторных синдромах. В случае корешковой патологии отмечается явное снижение высоты одного или двух дисков на фоне общего умеренного уменьшения размеров межпозвонковых щелей. В обеих группах почти с одинаковой частотой наблюдались сколиотическая деформация, выпрямление сколиотического лордоза, что говорит о наличии компенсаторных реакций в обеих группах. Также отмечена одинаковая частота встречаемости в обеих группах склероза замыкательных пластинок, что говорит о наличии нарушений амортизации диска. Сведения о распределении больных в группах с рефлекторными и корешковыми синдромами по различным рентгенологическим изменениям поясничного отдела позвоночника представлены в табл. 1.

Таблица 1

Рентгенологические изменения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника

Рентгенологический признак	Группы пациентов				Всего	
	Рефлекторный синдром		Корешковый синдром			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Уменьшение высоты межпозвонковых дисков	30	33,7	71	100	101	63,1
Спондилез	45	50,6	65	91,5	110	68,7
Склероз замыкательных пластинок	32	36	56	78,8	88	55
Выпрямление поясничного лордоза	30	33,7	62	87,3	92	57,5
Сколиоз	27	30,3	58	81,7	85	53,1
Сакрализация	5	5,6	8	11,2	13	8,1
Люмболизация	7	7,8	8	11,2	15	9,4

МРТ подтвердила наличие грыж межпозвонковых дисков на нижнепоясничном уровне с компрессией дурального мешка у 68 пациентов из 71 с радикулопатиями (95,7%). Величина протрузии диска составляла 2÷10 мм. Медиальное направление грыжа межпозвонкового диска имела в 13 случаях (18,3% больных радикулопатиями); латеральное направление – в 32 случаях (45%) и парамедиальное – у 21 чел. (29,5%). Узкий позвоночный канал встречался в 21 случае (13,1% от общего числа пациентов). У лиц с рефлекторным синдромом были выявлены протрузии межпозвонковых дисков без компрессии нервных структур (табл. 2).

Таблица 2

Данные компьютерной и магнитно-резонансной томографии

Признак	Группа больных				Всего	
	Рефлекторный Синдром		Корешковый Синдром			
	Абс.	%%	Абс.	%%	Абс.	%%
Повышение показателей плотности в проекции диска	17	19,1	71	100	88	55
Протрузия межпозвонкового диска	17	19,1	71	100	88	55
Компрессия дуральной воронки	5	5,6	71	100	76	47,5
Узкий позвоночный канал	6	6,7	15	21,1	21	13,1
Медиальная грыжа	-	-	13	18,3	13	8,1
Парамедиальная грыжа	5	5,6	21	29,5	26	16,25
Латеральная грыжа	1	1,12	32	45	33	20,6

Пациентам с жалобами на острую боль в области пояснично-крестцового отдела было проведено обследование по методу Фолля, с целью определения функционального состояния позвоночника, а так же оценки эффективности проведенных комплексов лечения. Результаты обследования указывали на наличие токсической нагрузки на медиастинальное сплетение, нервные сплетения, контролирующие работу тонкого кишечника, шейные ганглии и, в особенности, солнечное сплетение. Биоэлектрические параметры точек пояснично-крестцового отдела спинного мозга резко превышали физиологические пределы и оценивались как состояние частичного воспаления. У обследованных так же

было установлено значительное, по сравнению с физиологической нормой, превышение биоэлектрических параметров контрольных точек печени, желудка, желчного пузыря. В ходе клинического обследования у 64% больных отмечалась склонность к тревожным реакциям, депрессивным, астеническим состояниям. Объективные данные подтвердили обнаруженные изменения. Ситуационная тревожность по методике самооценки по тесту Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина характеризовалась напряжением, нервозностью. Личностная тревожность характеризовалась устойчивой склонностью воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Высокая личностная тревожность прямо коррелировала с наличием невротического конфликта с эмоциональными и невротическими срывами. Выявлен повышенный уровень ситуационной и личностной тревожности исходно в обеих группах.

Однако было отмечено и некоторое отличие исходных показателей теста в группах с рефлекторными и корешковыми синдромами. У больных с рефлекторной патологией преобладали реакции по типу истерических: повышенное к себе внимание, страхи, сниженное настроение, проявление демонстративности. В группе больных с корешковой патологией преобладали реакции по типу астенических: повышенная утомляемость, раздражительность, снижение памяти, вегетативные проявления, что сочеталось с различной степенью ипохондрии. Такие различия в психологической картине обеих групп, по нашему мнению, можно объяснить длительностью болевого синдрома, а так же длительностью фрустрирующей ситуации. В зависимости от курса лечения, больные были распределены на три группы. В первой группе проводилась биодинамическая коррекция, включающая мануальную терапию и постизометрическую релаксацию с предварительным массажем. Вторая группа получала тот же комплекс процедур + озонотерапия. Лечебные комплексы в 1 и 2 группах (каждая по 60 человек) сопровождалась использованием необходимых медикаментозных средств. Третья (контрольная) группа получала классическое медикаментозное лечение.

После курса лечения пациентам из всех трёх групп назначался комплекс физических упражнений для самостоятельных занятий, направленных на укрепление мышц, отвечающих за стабильность повреждённых сегментов позвоночника. Мобилизационная и манипуляционная техника была направлена на ликвидацию выявленного при мануальной диагностике ограничения подвижности в пределах нормальной физиологической функции сустава-функциональной блокады. С помощью мануальной терапии восстанавливался объём движений в двигательном сегменте позвоночника путём механического устранения функциональной блокады и патологической афферентации из сустава. Для устранения функционального блока последовательно воздействовали на кранио-цервикальный, цервикоторакальный и торако-люмбальный переходы. После проведения манипуляции больному рекомендовалось полежать 10-15 мин. Осуществлялась как неспецифическая манипуляционная техника, когда воздействие совершалось на весь позвоночник, и специфическая, при которой манипуляцию проводили с помощью окклюзии на один двигательный сегмент.

Мануальную терапию проводили 2-3 раза в неделю. Курс мануальной терапии индивидуален и зависит от стадии заболевания. Следует отметить, что каждый сеанс начинали с мануальной диагностики и, в случае восстановления нормальной подвижности в каком-либо из суставов, мануальную терапию на данном суставе не проводили. В некоторых случаях ограничивались 2-3-мя процедурами; у больных с выраженными болевыми синдромами в результате компрессии корешка проводили 7 процедур.

С целью расслабления спазмированных мышц применяли следующие приёмы мануальной терапии. Места прикрепления мышцы приближали друг к другу и одновременно оказывали сильный и глубокий нажим на высшую точку брюшка мышцы. Давление на брюшко мышцы обычно оказывали большим или указательным пальцем. Нажим на мышцу осуществляли до тех пор, пока рука не почувствует постепенного расслабления мышцы. Увеличение расстояния между местами прикрепления мышцы комбинировали с многократными движениями мышечного брюшка перпендикулярно к направлению волокон. Этот приём можно применять при умеренно спазмированной мышце, так как растягивание сильно спазмированной мышцы приводит к дальнейшему спазму и судорогам. Метод постизометрической релаксации мышц основан на реципрокном физиологическом напря-

жении и расслаблении мышц синергистов и антагонистов. Постизометрическая релаксация мышц осуществлялась всегда в позиции, противоположной движению, амплитуду которого мы хотели увеличить; использовалась, как правило, перед мобилизацией. Движение производилось при лёгком сопротивлении в направлении, противоположном нормальному движению. Достигнув максимальной амплитуды разгибания (при лёгком сопротивлении), мышцы выдерживались в течение 7-10 с., затем давалась команда расслабиться. Приём повторяли 3-4 раза, и с каждым разом достигалась всё большая амплитуда разгибания. Методы мышечной релаксации могут изменить глубину и ритм дыхания. В двигательном акте принимает участие большое число мышечных групп и идет повышение мышечного тонуса. В связи с этим мышечная релаксация совмещалась с дыхательными движениями и с движением глазных яблок в сторону спазмированной мышцы.

Озонотерапия выполнялась в виде подкожного введения озонкислородной смеси в биологически активные точки, подкожных инъекций по линии остистых отростков и в точки наибольшей болезненности при пальпации. Глубина введения озонкислородной смеси соответствовала канонической глубине залегания биологически активных точек. Объем введения в каждую точку был 1-2 мл. на здоровой и 2-2,5 мл. на больной стороне. В случаях выраженного болевого синдрома использовалась противовоспалительная композиция корпоральных и аурикулярных точек: MC6, TR4, V25,50,54,60 [1]. При рефлекторных синдромах лечение начинали с точек общего воздействия: симметрично P7, GI4, GI11, E36, RP6, VB36. Затем переходили на точки местного действия соответственно анатомо-топографической зоне корешка спинно-мозгового нерва, сначала на здоровой, а затем на больной стороне. Значение придавалось точкам, имеющим сильное регионарное действие на боль: VB30, VB34, V32, V36, V40, V54, V57, V58, V60, F8, F12, E35, E36, E43, T1, T4. В случае разлитой боли в пояснице брали точки меридиана мочевого пузыря и почек.

При преобладании корешковой симптоматики брали точки меридианов в зоне иннервации поражённого корешка: при поражении L4 – E36; при поражении L5 – VB24,30,34,36; E36,42,44; при поражении S1- V40, 50, 57, 60, 65 67; VB30. В ходе проводимого лечения у больных отмечалось заметное уменьшение степени выраженности клинической симптоматики. Прежде всего, это относилось к болевому синдрому, ведущей жалобе пациентов.

Таблица 3

Динамика болевого синдрома (в баллах) на фоне лечения

Варианты лечебного комплекса	Интенсивность боли (баллы)	Группы больных (по ведущему клиническому синдрому) (кол-во человек)					
		Рефлекторный синдром			Корешковый синдром		
		До	После	P	До	После	P
I.	1	3	12		-	9	
	2	14	15		12	15	
	3	10	3		15	6	
	4	3	-		3	-	
	Всего:	30	30	p<0,05	30	30	p<0,05
II.	1	2	23		1	18	
	2	10	5		8	9	
	3	13	2		18	3	
	4	5	-		3	-	
	Всего:	30	30	p<0,05	30	30	p<0,05
III.	1	2	5		1	3	
	2	7	9		6	12	
	3	8	6		10	5	
	4	3	-		3	-	
	Всего:	20	20	p<0,05	20	20	p<0,05

Динамика основной клинической симптоматики так же имела положительный характер. Заметно снизилось количество больных с анталгической походкой. Во всех группах наблюдалось уменьшение функционального сколиоза, симптомов натяжения, дефанса длинных мышц разгибателей спины. Отмечалось так же сужение зон нарушенной чувствительности, наметилась стойкая тенденция к уменьшению асимметрии глубоких рефлексов. Наблюдалось улучшение трофики поражённой конечности, причём достоверно эффективнее были результаты во второй группе, как при рефлекторных, так и при корешковых синдромах. Показатели контроля уступали аналогичным в основных группах.

При обследовании по методу Р. Фолля после проведенного лечения в 1й группе наблюдалось некоторое снижение биоэлек-

трических параметров пояснично-крестцового отдела спинного мозга. Показатели точек солнечного сплетения, нижнего и верхнего брыжеечного сплетений вернулись к нормальным величинам. Наметились тенденции к улучшению функционального состояния желудка. Без изменений остались параметры точек печени, желчного пузыря. Обследование по Фоллю во 2 группе установило значимое снижение до нормальных величин биоэлектрических параметров пояснично-крестцового отдела спинного мозга, толстого кишечника и нервных сплетений, контролирующих его работу, желчного пузыря, почек и мочеполовой системы. После лечения во всех трёх группах шло достоверное снижение ситуационной тревожности. В 1 группе больных с 51,83±2,35 баллов до 47,72±2,42; во 2 группе с 52,37±2,42 баллов до 46,34±2,36 баллов и в 3й группе с 50,6±2,03 до 47,83±2,73.

Другая картина наблюдалась с показателями личностной тревожности. Во всех трёх группах мы не наблюдали значимых отличий данного показателя после проведенного лечения. Комплексное исследование улучшило показатели восьмицветного теста Люшера в обеих основных группах больных. В группе с применением мануальной терапии и массажа улучшились показатели фактора неустойчивости выбора с 6,41±0,98 до 8,56±0,9 (%); фактора отклонения от аутогенной нормы с 56,06±3,76 до 49,01±3,76 (%); фактора тревожности с 32,31±4,52 до 20,34±3,9(%); фактора активности с 39,02±2,45 до 32,3±2,47 (%); фактора работоспособности с 59,2±4,66 до 71,01±5,23(%); показатели вегетативного тонуса с 0,46±0,32 до 0,49±0,16 (усл.ед.).

Исследования показали, что в группе больных, не получавших мануальную терапию и озонотерапию, уровень работоспособности практически не изменялся (58,94±5,1% до лечения и 57,54±4,82% – после). Наилучшие показатели были отмечены во 2й группе, получающей мануальную терапию, массаж и озонотерапию. Здесь наблюдалось достоверное изменение показателей, свидетельствующие об улучшении уровня работоспособности (до лечения 59,4±4,76%, после – 79,98±6,2%).

В результате лечения во всех трёх группах отмечена положительная динамика ряда показателей, свидетельствующих о психологическом состоянии больных. Но в группе мануальной терапии и озонотерапии ряд показателей был статистически достоверен: уменьшение степени отклонения от аутогенной нормы, снижение уровня тревожности, повышение уровня работоспособности по тесту Люшера.

Выводы. При восстановительной терапии дорсопатий пояснично-крестцового уровня озонотерапия в сочетании с мануальными техниками обеспечивает быстрый анальгетический эффект. Влияние на патогенетические звенья дорсопатий, различный механизм действия мануальной терапии и озонотерапии, отчетливый регресс клинической симптоматики, свидетельствуют о целесообразности их сочетанного применения.

Лечебный эффект комплексного воздействия озонотерапии и мануальной терапии проявляется на более ранних сроках у больных рефлекторными синдромами и носит более выраженный характер. У больных с корешковой симптоматикой, несмотря на снижение болевого синдрома и улучшение показателей инструментальных методов обследования во время лечения, регресс неврологической симптоматики занял более длительный период.

Литература

1. Авакян Г.Н. Рефлексотерапия заболеваний нервной системы.– М., 1999.– 297 с.
2. Веселовский В. П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия.– Рига, 1991.– 344 с.
3. Гойденко В. С. и др. Манипуляционная рефлекторная терапия заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника.– М.: ЦОЛИУВ, 1983.– 52 с.
4. Гойденко В. С., Сувак В. В. Биодинамическая коррекция как способ профилактики и лечения ранних периодов остеохондроза позвоночного столба.– М.– ЦИУВ, 1985.– С. 32–37.
5. Григорьева В. Н., Густов А. В. // Ж. неврол. и психиатрии.– 1997, №3.– Т. 97.– С. 12–15.
6. Джос В. В. Практическое руководство к тесту Люшера.– Кишинёв: Периодика, 1990.– 174 с.
7. Контришкова К. Н. Биохимические основы эффективности озонотерапии. Озон в биологии и медицине: Тез. докл. II Всеросс. научно-практ. конф.– Н. Новгород, 1995.– С. 8.

8. *Перетягин С.* // Тез. докл. I Всеросс. научно-практ. конф. «Озон в биологии и медицине». – Н. Новгород, 1992. – С. 4–5.

9. *Потехина Ю. П.* Клинико-экспериментальное обоснование озонотерапии у больных компрессионно-ишемическими невралгиями: Дис... канд. мед. наук. – Н. Новгород, 1997.

THE ESTIMATION OF COMPLEX METHOD BIODYNAMICS AND OZONOTHERAPEUTIC CORRECTION IN PATIENTS WITH DORSOPATHY

L.A. GRIDIN, YU.B. TCHEVARDOVA

Summary

160 patients with musculoskeletal pain in the lumbosacral section of the vertebral column were examined. Complex rehabilitation includes manual therapy, ozonotherapy, biodynamic correction of the vertebral column and elements of massage and it has been demonstrated that method of ozonotherapy is effective for pain relief. The interrelation of efficiency of the lead therapy with parameters of mental and physiological conditions of patients were established, using objectively instrumental methods. Authors offer inclusion the method of ozonotherapy into treatment complex for patients with low back pain.

Key words: ozonotherapy, dorsopathy, correction

УДК 616.517

ИННОВАЦИИ В ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ГРЯЗИ КУРОРТОВ РОССИЙСКОГО ПРИЧЕРНОМОРЬЯ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ

О.А. КАТХАНОВА*

Цель работы – сравнительная характеристика саногенетического воздействия тонкодисперсных иловых сульфидных лечебных грязей курортов российского Причерноморья на детей (n=278) в возрасте 7-12 лет с монетовидной и бляшечной формами псориаза и артропатическим псориазом.

Для объективизации восстановления процессов микроциркуляции в клетках кожи использовался метод термотопографии по А. Вайчулису в модификации М.П. Захарченко и др. (1997). Для констатации стойких нарушений микроциркуляции в клетках кожи, в том числе для определения степени нарушения гидратации эпидермиса и выраженности капилляростаза использовался метод определения молочной кислоты (по И.С. Балаховскому и Ю.В. Наточину) в крови изучаемых больных с различными формами псориаза. Еще использовались традиционные клинические методы обследования лиц с поражениями кожи, включая лабораторную диагностику и визуальное наблюдение. В качестве основных ингредиентов санаторного лечения использовались (на каждом из названных курортов соответственно): иловые грязи Витязевского лимана (Анапа), относящиеся к сложному сульфатно-хлоридному магниевому типу средней минерализации (10-15 г/л); сильносульфидные, среднeminерализованные сульфатно-карбонатно-хлоридные, кальциево-магниевого лечебные грязи озера Ханское месторождения «Плесь Глубокий» (Ейск); Адлерские иловые сильносульфидные среднeminерализованные лечебные грязи. Наши собственные методики пелоидотерапии торфяными и иловыми лечебными грязями из месторождений, расположенных на территории курортов Сочи, Анапа и Ейск базировались на том, что при псориазе грязевые процедуры оказывают очищающий, пилинговый и микромассажный эффект. При этом для детей рекомендовались не только классическая, но и тонкослойная техника грязевых аппликаций. При общих аппликациях (обертываниях) грязь накладывали на все тело, за исключением головы, шеи, области сердца с последующим укутыванием (простыня, клеенка, одеяло) пациента. Например, при монетовидной или бляшечной форме псориаза лечебную грязь накладывали слоем 2-3 см., иногда – 5-6 см. Длительность грязевой процедуры составляла обычно 15-20 минут. По окончании процеду-

ры больного ребенка обмывали дождевым душем, обычно температуры 36–37° С. После душа больной одевался и отдыхал 30-40 минут в комнате отдыха. Процедуры проводили чаще всего через день, либо два дня подряд с отдыхом на третий день (в дни, свободные от общих минеральных ванн). Местные грязевые аппликации наносили в виде «перчаток», «бридж», «трусиков», «брюк», «куртки», «сапог» и т.д. (небольшие по площади аппликации например, на кисть или локтевой сустав, особенно из торфяной грязи, можно проводить ежедневно). Обычно на курс лечения назначали 10-12 процедур. Температурный режим для разных видов лечебных грязей применялся различный. Наиболее широко применялась иловая грязь температурой 36-40° С, иногда даже 25° С (при каузалгиях, солляритах). Диапазон температур для торфяных грязей – от 38 до 48° С. Одновременно (как показала практика пелоидотерапии) именно детям целесообразно назначать при псориазических артропатиях аппликации больших размеров, а не ограничиваться отдельными пораженными суставами, количество процедур доводить до 12 и более при отсутствии изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. При этом рекомендуется проводить грязелечение в два этапа: 1 этап – назначение грязевых аппликаций в виде пояса на уровне Th₁₂-Th₁₂, L₁-L₄, температура 38-39°С через день, длительностью 10-15 минут. Всего за курс 8-10 процедур; 2-й этап – лечебная грязь температурой 38-39° С наносят на область пораженных суставов.

Результаты. Среди детей, страдающих бляшечной или монетовидной формой псориаза, процент выписанных со значительным улучшением достигал 16,49%, а среди детей с артропатическим псориазом аналогичный показатель – 11,15%, тогда как в контроле дети с аналогичными диагнозами под влиянием стандартных схем медикаментозной терапии выписывались со значительным улучшением объективных показателей здоровья в пределах 1,5-3,2% от числа детей в каждой группе.

В основных группах наблюдения спустя 1 год после лечения в здравницах по авторским технологиям наблюдалось обострение основного дерматологического заболевания лишь у 47 детей, причем 6,2% из них составили дети с бляшечной или монетовидной формами псориаза обыкновенного, а 3,87% от общего числа детей, имевших рецидив в указанный период, страдали артропатическим псориазом. При этом суммарно в течение периода обострения 28,74% родителей заболевших детей были вынуждены оформить лист нетрудоспособности по уходу за ребенком, поскольку обострение дерматологического заболевания было длительным и тяжелым, однако лишь 3,88% от подобных случаев нетрудоспособности выпадало на долю родителей, дети которых проходили санаторно-курортную реабилитацию по авторским методикам. Остальные 24,86% родителей ухаживали в период обострения основного заболевания за детьми, лечившимися ранее на базах исследования в контрольных группах наблюдения, где не применялись авторские схемы задействования физических природных лечебных курортных факторов Кубани и прогрессивные формы аппаратной физиотерапии.

Выводы: представленные инновационные технологии задействования сульфидных иловых лечебных грязей Анапы, Ейска и Сочи в комплексной санаторно-курортной реабилитации детей, страдающих монетовидной и бляшечной формами псориаза позволяют добиться у детей 7-12 лет стойкого терапевтического эффекта, что является альтернативой традиционным медикаментозным схемам лечения названной патологии кожи.

УДК 616-002.158

КЛАСТЕРНОЕ И РАНГОВОЕ ВЛИЯНИЕ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСОРИАЗОМ У ДЕТЕЙ

О.А. КАТХАНОВА*

Для определения глубины, характера и интенсивности воздействия различных социальных, правовых, экономических, природно-экологических, этно-культуральных, геополитических факторов и причин, влияющих на уровень заболеваемости детей,

* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи) Росздрава

* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи) Росздрава