

Были сформированы постоянные и переменные составляющие восстановительного лечения названного контингента больных в здравницах черноморского побережья Кубани. Основной группе наблюдаемых пациентов ($n=294$, $p<0,05$) назначалась питьевая минеральная вода «Лазаревская» а) скважина №11-М Солоники: (минеральная вода малой минерализации, гидрокарбонатно-хлоридная натриевая, щелочная, борная, с повышенным содержанием фтора; б) скважина №84-М Волконка: минеральная вода малой минерализации, гидрокарбонатно-хлоридная натриевая, щелочная, борная, с повышенным содержанием фтора.

Бальнеотерапия применялась в виде общих сероводородных (50-100-150-мг/л при температуре 36° С, продолжительностью 6-8-10-12 минут с нарастающим итогом, через день, 8-10 ванн на курс лечения) или йодобромных (при температуре 36-38° С, продолжительностью 1 ванны 10-15-20 минут с нарастающим итогом через день, 8-10 процедур на курс лечения) общих ванн природных минеральных источников местных месторождений. В дни, свободные от ванн, назначалась пелоидотерапия в виде ограниченных аппликаций (t° 38-40° С, продолжительностью 1 процедуры 10-15-20-30 минут по нарастающей, 10-12 процедур на курс лечения) на пораженных участки кожи. Методика магнитофореза иловой грязи, обогащенной сероводородной водой, выполняется с применением аппарата для магнитотерапии и магнитофореза «Полус-3М». Для магнитофореза использовалась пакетированная глинистая иловая грязь Адлерского (Имеретинского) месторождения г. Сочи, обогащенная сероводородной водой в концентрации 350 мг/л (скважина «Магистр» 6-Т) (Общероссийский классификатор продукции ОК-005-93). Указанная методика пелоидотерапии сочеталась в эти же дни с избранными формами аппаратной физиотерапии, в т.ч. использовался дистанционный способ магнитно-инфракраснолазерной (МИЛ) терапии, при котором терминал лазера располагался на расстоянии 0,5-1 см от облучаемого объекта. В зависимости от распространенности процесса продолжительность экспозиции составляла от 5 до 30 мин. Максимальная площадь, обрабатываемая во время 1 сеанса, – 40 см².

Первые 5 сеансов проводили с частотой импульсов 1 кГц, последующие 1-5 кГц, остальные 5 или 10-5 кГц. Курс этой терапии по методу Ф.Я. Хайруллина и соавт. состоял из 15-20 сеансов, проводимых ежедневно. При наличии отклонений в иммунном статусе больного с учетом результатов иммунологических исследований проводили облучение области тимуса в течение 2 мин частотой импульсов 80 Гц и мощностью излучения светодиодов 80 мВт. Аэро- и гелиотерапия, морские купания назначались больным по индивидуальной методике. Больным контрольной группы ($n=278$, $p<0,05$) проводили стандартные диспансерные мероприятия, предусматривающие медикаментозные формы лечения контактных дерматитов.

В ходе исследования получена позитивная динамика ряда ведущих клинико-функциональных показателей объективного состояния кожных покровов у наблюдаемых больных. Исходно сниженный до лечения (9,1-11,3%) средний индекс термотопографии у изучаемого больных контактными дерматитами после лечения увеличивался до 60,6-61,1%. Увеличение количества наблюдаемых пациентов с возросшим средним индексом термотопографии свидетельствует о позитивном терапевтическом эффекте при использовании авторской системы восстановительного лечения. Это подтверждается нормализацией рН кожи проведенного лечения пациентов основной группы наблюдения до значений $5,49\pm0,03\div5,50\pm0,001$ против этих же показателей рН у такого же контингента до лечения $5,79\pm0,01\div5,81\pm0,02$. Методика определения рН кожи по Н.Н. Клемпарской в модификации М.П. Захарченко и др. (1997) классифицирует нормальный уровень названного показателя в пределах $5,48\pm0,002\div5,49\pm0,001$.

Показатель рН кожи у больных основной группы под влиянием назначенных процедур в ЛПУ и здравницах – базах исследования, практически, нормализовался. Тот же результат достигнут после лечения этой же группы наблюдаемых больных по авторским схемам восстановительной терапии согласно параметров бактериоцидной активности кожи. При этом индекс бактериоцидной активности кожи (ИБ средний по основной группе наблюдения) нормализовался более чем в 70-80% случаях у изучаемых пациентов, хотя до лечения вышеуказанный показатель бактериоцидной активности кожи у этих же больных был крайне низок и колебался от 40,1 до 42,3%. Одновременно показатели рН кожи, ее бактериоцидной активности, показатели термотопографии и нормальной микрофлоры кожи были, прак-

тически, в 2 раза ниже после лечения у больных контрольной группы, где пациенты, страдающие теми же формами контактного дерматита, принимали только медикаментозное лечение.

То же иллюстрировалось снижением показателя молочной кислоты в крови больных. После реализации разработанной системы восстановительного лечения, число больных с повышенным содержанием в крови молочной кислоты значительно снизилось и составило 37,6% от общего числа наблюдений. Количество начальных продуктов ПОЛ было значительно ниже их нормальных значений в эпидермисе ($N=4,54\pm0,55$). Несмотря на то, что после лечения уровень диеновых конъюгатов (ДК), а также кетодиенов и сопряженных триенов (КД и СТ) увеличился в 1,8-2,1 раза по сравнению с исходным, названные параметры ПОЛ эпидермиса не смогли окончательно нормализоваться, что, по нашему мнению, говорит об упорности течения контактного дерматита и требует повторного проведения санаторно-курортной реабилитации изучаемого контингента больных. Под влиянием авторских технологий восстановительного лечения, уровень ТБК-активных продуктов у лиц основной группы наблюдения составил 75,69% от нормы (111,5 усл.ед.), а в контрольной группе, где пациентам назначались лишь традиционные формы медикаментозной терапии, рост ТБК-активных продуктов был ниже (чем в основной группе наблюдения) почти в 2 раза.

Одновременно при исследовании иммунного статуса уровня активационно-пролиферативных маркеров (CD71, CD25, CD38, CDDR), исходно повышенные в основных и контрольных группах наблюдения, после лечения по авторским схемам, практически, нормализовались в основной группе наблюдения и лишь имели тенденцию к незначительному улучшению у больных контрольной группы наблюдения, принимавших медикаментозное лечение по классическим схемам. Общий уровень маркерзрелых Т-лимфоцитов (CD3) и уровень маркера апоптоза (CD95) так и не удалось привести к нормальным значениям как у больных основной, так и больных контрольной групп наблюдения. Что касается субпопуляции лимфоцитов, то здесь наблюдалась взаимосвязь с высокой степенью достоверности: после лечения среди пациентов обеих групп количество CD8-лимфоцитов (маркер Т-супрессорных клеток) достоверно выше, а количество CD4 - лимфоцитов (маркер Т-хелперных клеток) достоверно ниже нормативных показателей. В-лимфоцитарная популяция (CD22) после лечения была представлена в основной группе более высокими показателями, чем в контрольной группе наблюдения.

Характеризуя гуморальное звено иммунного ответа у пациентов с изучаемыми нозологическими формами раздражительно-контактного дерматита, надо отметить оптимизацию показателей IgA, IgM, IgG, изначально низких уровней крупно- и мелкомолекулярных ЦИК у больных основной группы при отсутствии позитивной динамики этих показателей, ровно как и количественного соотношения натуральных киллеров (CD16), у пациентов из контрольной группы наблюдения, принимавших в ходе плановой диспансеризации только формы медикаментозной терапии.

Литература

1. Кубанова А.А. // Дерматология. – 2003. – №6. – С. 74–78.
2. Селицкий Г.Д. и др. Влияние неблагоприятных факторов на заболеваемость кожи. – М., 1997. – 194 с.
3. Разумов А.Н. // Мат-лы научн.-практ. конф. МЗ РФ. – Желзноводск, 2003. – С. 10–18.

УДК 616-009; 618.8-009.17

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗДРАВНИЦАХ РОССИЙСКОГО ПРИЧЕРНОМОРЬЯ ДЕТЕЙ С АСТЕ-
НИЕЙ И СИНДРОМОМ УСТАЛОСТИ

Н.Н. ШОНГИНА *

Среди патологических состояний, отнесенных Сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в Х пересмотре Международной классификации болезней к особому подразделу «Общие симптомы и признаки» (R 50–R 69) XVIII

* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи) ю; санаторий «Вулан» Росздрава (курорт Архипо-Осиповка Краснодарского края).

класса заболеваний относятся отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях. К подобным симптомам и признакам, консолидированным в рубрике R 53 по МКБ-X «Недомогание и утомляемость» относятся: астения, слабость (хроническая и невротическая), усталость и т.д. С жалобами на недомогание и быструю утомляемость при незначительной физической или психоэмоциональной нагрузке в санаторий «Вулан» (курорт Архипо-Осиповка Краснодарского края) за последние 5 лет поступали ежемесячно 25–28% детей, из которых 16-17% страдали клиническими признаками астении.

Цель работы – анализ и разработка технологий восстановительного лечения детей с астенией и синдромом усталости.

Материалы и методы исследования. Обследовано 280 детей в возрасте от 7 до 12 лет, у которых в период 2002-2006 годов диагностировалась астения или выявлялся синдром усталости (R 53 по МКБ-X). Динамику клинко-функциональных характеристик названного контингента больных под влиянием предложенной автором модифицированной схемы их восстановительного лечения в здравнице оценивали: с помощью тематического апперцептивного теста (ТАТ), содержащего 29 картин, представляемых пациенту для объективного определения уровня его психоэмоционального статуса последовательно по 10 в каждом из двух сеансов обследования по адаптивным вариантам (Л.Н.Собчик, 1997) Миннесотского многопрофильного личностного опросника (MMPI); по шкале САН (самочувствие, активность, настроение); оценку регенерации (в ходе санаторно-курортной реабилитации) умственной работоспособности изучаемых пациентов проводили с помощью: корректурной пробы по таблицам колец Ландольта (для суждения о скорости переноса информации в зрительном анализаторе), времени сенсомоторной реакции с построением соответствующих типов кривых работоспособности по М.П.Захарченко (1997).

Исследование вело в рамках доверительных границ с вероятностью безошибочного прогноза $p=0,95$ и более при $t >$ или равном 2. Оценку состояния ПОЛ и ответных реакций в системе антиоксидантной защиты (АОЗ) проводили, исходя из концентрации общих липидов (ОЛ) по методике N. Zollner и K.Kirsch; уровня малонового диальдегида (МДА) по методу С.Н.Суплотова и Э.Н.Барковой; показателей диеновых конъюгатов (ДК), церулоплазмينا (ЦП) по методу Ravinn; а также уровня каталазы и среднемолекулярных пептидов (СМП) по методике Габриелян. Церебральную гемодинамику изучали методом РЭГ на реографе марки 4-РГ-1, соединенном с электрокардиографом; запись вели во фронтотомоидальных и окципитотомоидальных отведениях.

В санатории «Вулан» разработана и применяется целевая реабилитационная программа для больных детей с астеническим синдромом и синдромом усталости «Энерион против астении». Особенностью программы является использование в лечении этой группы пациентов препарата Энерион венгерской фармацевтической компании «ЭГИС». Энерион (Сальбутиамин), синтетический нейрометаболический препарат, близкий по строению к тиамину, обладает высокой липофильностью и легко проникает через ГЭБ. Накапливаясь в нейронах РАС, гиппокампа и зубчатой извилины, он достоверно увеличивает плотность М1 и М2 — подтипов холинорецепторов в РАС и других структурах мозга, обеспечивая улучшение регуляции нейромодуляции.

Препарат в равной степени эффективен в отношении различных видов астений. Не являясь психостимулятором, он уменьшает эмоциональную лабильность, улучшает аналитические функции, физическую работоспособность, внимание. Всего с 2004года по программе «Энерион против астении» был пролечен 121 человек, из них мальчиков – 75 человек, девочек – 46 человек. Помимо клинического обследования, предусмотренного программой (оценка жалоб, клинический осмотр, неврологический статус, анализы крови, мочи, электрокардиография) больным предлагалось заполнить специализированные опросники «Шкала астенизации», модифицированные нами для детей опросники качества жизни SF-36, шкалу качества сна и когнитивных функций. В жалобах у больных преобладали усталость, расстройство сна, нарушение аналитической функции, снижение аппетита, памяти, внимания, умственной и физической работоспособности, эмоциональная лабильность. Психологическое тестирование подтверждало наличие тревоги, депрессии, астенизации. Всем, помимо санаторно-курортного лечения (ЛФК, аэрофитотерапия, терренкур и др.), назначался

энерион в дозе 1 таблетка два раза в день.

При оценке результатов лечения на 20-21 день (жалобы и психологическое тестирование) было выявлено, что у 67 человек (55%) полностью отсутствуют признаки астенического синдрома, у 37 человек (30%) проявления астении значительно снизились и только у 17 человек (15 %) эффект отсутствовал или был незначительным. В эту группу вошли и 19 человек, у которых энерион был отменен из-за повышения АД и, возможно, индивидуальной непереносимости. Таким образом, наш опыт подтверждает высокую эффективность энериона в комплексном санаторно-курортном лечении астенического синдрома любой этиологии.

В соответствии с методами обследования больных в период 2002-2006 годов осуществлялся контроль динамики основных показателей психоэмоционального статуса и ряда клинко-функциональных характеристик под влиянием предложенного нами комплекса системныхвосстановительных процедур, отпускаемых в здравнице – базе исследования пациентам с астенией и синдромом усталости, что представлено в табл.1.

Таблица 1

Коррекция уровня работоспособности у детей (n=280) с астенией и синдромом усталости (R 53 по МКБ-X)

Перечень диагностических тестов	до лечения p<0,05	после лечения p<0,05
1. Корректурная проба по таблицам колец Ландольта (оценка пропускной способности зрительного анализатора бит/с) max = 10 баллов или > 1,36 бит/с	41,8%±0,59-0,72 бит/с т.е. 2-3 балла; 54,4%±0,73-0,90 бит/с, т.е. 4-5 баллов; 3,8%±0,91-1,19 бит/с, т.е. 6-7 баллов.	7,2%±2-3 балла; 12,5%±4-5 баллов; 29,3%±6-7 баллов; 48,9%±8-9 баллов; 2,1%±10 баллов
2. Динамика простой сенсомоторной реакции: 2.1. ФУС-функциональный уровень системы (4,9 - 5,5 = оптимальный уровень работоспособности).	66,2% = 1,6-1,9 30,7% = 2,0-3,7 3,1% (оптимальный)	7,1%± снижен 11,4% = снижен 81,5% = оптимальный
2.2 УР-устойчивость реакции 2,0-2,8 = оптимальный уровень работоспособности	57,8% = 0,09 и < 40,7% = 0,1-0,9 1,5 % (оптимальный)	2,7%± снижен 10,5% = снижен 86,8% = оптимальный
2.3 УФС-уровень функциональных возможностей (3,8-4,8 = оптимальный уровень работоспособности)	59,11% = 0,9 и < 40,4% = 0,1-0,9 0,5 % (оптимальный)	9,3%± снижен 18,7% = снижен 72,0% = оптимальный

Под влиянием модифицированных схем индивидуального восстановительного лечения в здравницах названного контингента больных у 74,3% из них статистически достоверно ($p<0,05$) улучшились показатели оценки пропускной способности зрительного анализатора (корректурная проба по таблицам колец Ландольта), а у 72,0 – 86,8% нормализовался уровень работоспособности, определяемый по степени выраженности сенсомоторной реакции, которая была до лечения существенно снижена более чем у половины наблюдаемых пациентов.Под влиянием курса лечения в здравнице у большинства больных отмечены благоприятные сдвиги в церебральной гемодинамике, особенно выраженные на реографических кривых при начальных формах сосудистой патологии мозга.

Таблица 2

Динамика показателей иммунного статуса детей с астенией и синдромом усталости (до и после лечения в здравницах – базах исследования).M±m, n=280

Показатель	7-8 лет		9-10 лет		11-12 лет	
	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
CD3+, %	60,7±2,1*	70,5±3,1*	59,8±3,5**	70,8±4,5**	54,3±2,4**	71,2±2,3*
CD4+, %	29,1±1,5*	42,0±2,4*	31,2±1,8*	42,0±1,6*	34,8±0,9**	42,1±1,8*
CD8+, %	18,6±6,0*	24,4±4,0*	19,8±2,8*	24,4±3,1*	19,7±1,2**	24,0±1,2*
CD4+/CD8+	1,5±0,1*	1,7±0,09*	1,5±0,2*	1,7±0,1*	1,8±0,1**	1,7±0,8*
CD22+, %	7,2±1,5*	8,2±1,2*	6,9±1,0*	8,1±1,2*	7,2±1,1*	8,2±1,8*
IgA	2,3±1,1*	1,8±0,97*	2,5±0,6*	1,8±0,8*	2,4±0,3*	1,8±0,7*
IgM	1,4±0,4*	1,0±0,2*	1,6±0,1*	1,0±0,1*	1,4±0,1**	1,0±0,1*
IgG	11,0±4,1*	9,8±0,2*	10,6±1,0*	9,7±1,3*	10,0±0,6**	9,8±0,3**
НСТ, %	28,5±3,6*	21,1±3,7*	32,2±4,0*	22,3±4,1*	29,0±2,5*	21,5±2,2*
ЕА-комплексы, %	28,8±3,0*	17,0±1,2*	27,8±3,0*	17,1±1,3*	28,6±3,0*	17,0±1,0*

Примечание. * - $p<0,05$; ** - $p<0,001$

Улучшение всех параметров РЭГ свидетельствовало о функциональном, обратимом характере сосудистого процесса. В

группе больных детей с астенией также наблюдалась положительная динамика параметров РЭГ, больше выраженная в каротидном бассейне, в котором чаще всего происходило нарушение мозгового кровообращения (А. возрастала на 0,036 Ом, В/А — на 31,7%, ВО уменьшился на 15,4%). У детей с синдромом усталости в конце лечения увеличилось сниженное изначально пульсовое кровенаполнение в сосудах полушарий. Увеличение кровенаполнения артериального русла одного полушария приводило к снижению межполушарной асимметрии на 15,7% в каротидном и 18,8% в вертебробазилярном бассейне. Оценка иммунного статуса включала определение популяционного состава Т- и В-лимфоцитов, иммуноглобулинов, а также фагоцитарной активности моноцитов в периферической крови. Для идентификации популяции лимфоцитов использовали моноклональные антитела (CD₃+, CD₄+, CD₈+, CD₂₂+), анализируемые с помощью люминесцентного микроскопа. Вычисляли иммунорегулирующий индекс (CD₄+ / CD₈+). При оценке функциональных свойств моноцитов периферической крови их получали методом адгезии прилипающих к стеклу клеток по S. Nosh. Функцию моноцитов оценивали по фагоцитозу ЕА-комплексов и НСТ-редукции. Данные табл. 2 говорят, что под влиянием предложенных схем лечения у детей с астенией и синдромом усталости (R 53 по МКБ-Х) имеются позитивные изменения иммунного статуса. Данные табл. 3 констатируют нормализацию концентрации общих липидов (ОЛ, г/л) в подгруппе 1 с 2,53±0,18 до 2,40±0,1 при p<0,001; в подгруппе 2 с 2,49±0,19 до 2,40±0,1 при p<0,001; в подгруппе 3 с 2,51±0,17 до 2,40±0,19 при p<0,001. Указанные данные коррелируют с оптимизацией уровня малонового диальдегида: например, МДА (нмоль на 1 мг липидов) изменялся в подгруппе наблюдения 1 с 19,6±1,9 до лечения до 18,1±1,7 после лечения; у больных подгруппы 2 соответственно с 19,3±1,8 до 18,0±1,0.

Таблица 3

Динамика показателей состояния ПОЛ и ответных реакций в системе антиоксидантной защиты (АОЗ) (M±m)

Перечень показателей интенсивности ПОЛ и АОЗ	n=280					
	подгруппа 1 7-8 лет		подгруппа 2 9-10 лет		подгруппа 3 11-12 лет	
	до лече- ния	после лече- ния	до лече- ния	после лече- ния	до лече- ния	пос- ле лече- ния
Уровень МДА эритроцитов, нмоль/л*	47,2±1,24	44,1±2,0	46,6±1,4	44,2±2,5	49,9±2,2	44,3±3,1
МДА, нмоль на 1 мг липидов*	19,6±1,9	18,1±1,7	19,3±1,8	18,2±1,9	19,3±1,8	18,0±1,0
Концентрация общих липидов (ОЛ, г/л)**	2,53±0,18	2,40±0,1	2,40±0,19	2,43±0,1	2,51±0,17	2,40±0,19
Каталаза, мккат/л*	41,2±3,0	31,1±2,0	41,0±3,2	31,2±2,0	42,2±2,1	31,1±1,9
Показатель среднемолекулярных пептидов (СМП, усл. ед.)*	0,32±0,01	0,29±0,02	0,31±0,01	0,29±0,02	0,32±0,02	0,29±0,01
Показатель диеновых конъюгатов (ДК, отн. ед.)*	3,32±0,33	4,20±0,22	3,41±0,3	4,21±0,21	3,35±0,34	4,20±0,19
Уровень церулоплазмина (ЦП, г/л)*	0,32±0,02	0,29±0,01	0,32±0,01	0,29±0,01	0,32±0,01	0,29±0,02

Примечание: достоверность различий обозначена - * p<0,05; ** p<0,001.

Можно сделать вывод о лечебно-профилактической эффективности лечения в здравницах российского Причерноморья детей с астенией и синдромом усталости при условии задействования представленных технологий восстановительного лечения.

Литература

1. Никитин М.В., Шонгина Н.Н. // Актуальн. пробл. восст. мед., курортол. и физиотер.: Мат-лы II Междунар. конгр. «Здравница-2002». – М., 2002. – С.152.
2. Никитин М.В., Шонгина Н.Н. // Актуальн. пробл. восст. мед., курортол. и физиотер.: Мат-лы V Междунар. конгр. «Здравница-2005». – М., 2005. – С.158.
3. Никитин М.В. и др. // Актуальн. пробл. восст. мед., курортол. и физиотер.: Мат-лы VI Междунар. конгр. «Здравница-2006». – Сочи, 2006. – С.167.
4. Шонгина Н.Н., Никитин М.В. // Актуальн. пробл. восст. мед., курортол. и физиотер.: Мат-лы VII Междунар. конгр. «Здравница-2007». – Уфа, 2007. – С.235.

УДК 616.71-018.3-002

ТЕХНОЛОГИИ ЗАДЕЙСТВОВАНИЯ КАВИНТОН-ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КУРОРТЕ ГЕЛЕНДЖИК ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЮНОШЕСКИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Н.Н. НИКИТИНА*

Анализ данных современной медицинской статистики по разделу «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» позволяет констатировать негативную динамику регистрации больных с этой патологией за период 2000-2006 годов (по диагнозам, установленным впервые в жизни), когда заболеваемость населения России в абсолютном исчислении составила в 2000 году 4 млн. 452 тыс. чел., а в 2006 году уже 4 млн. 746 тыс. чел. При этом доля юношеского остеохондроза позвоночника (в т.ч. болезнь Кальве, болезнь Шейермана и т.д.) возросла за этот же период на 7,3% в общей структуре этой патологии.

Цель исследования – обоснование, разработка и внедрение в деятельность здравниц курорта Геленджик прогрессивных технологий (с саногенетическим акцентом на инновационную методику применения кавинтон-электрофореза) восстановительного лечения подростков (14-17 лет), страдающих юношеским остеохондрозом позвоночника (М 42.0 по МКБ-Х).

Материалы и методы исследования. Представлены две рандомизированные группы пациентов (подростки 14-17 лет; n_{общ}=558, в т.ч. юноши – 295 чел. или 52,9%, а девушки – 263 чел., или 47,1%), страдающих юношеским остеохондрозом позвоночника. Численность основной (ОГ) и контрольной групп (КГ) была одинаковой, т.е. n=279 (в каждой группе). Пациентам ОГ назначался кавинтон-электрофорез, когда 5 мг кавинтона, растворенного в 10 мл дистиллированной воды, наносили на одну из прокладок раздвоенного электрода (анода); на другую – наносилась дистиллированная вода. Катод располагали в правой подключичной области. Сила тока 10-12 мА, время воздействия 15 минут, 12-15 процедур на курс лечения. При исследовании до и после курса лечения оценивали симптомы: головная боль, головокружение, изменение АД, сон, эмоционально-волевые расстройства. Всем пациентам до и после лечения снимали РЭГ. Пациентам КГ (n=279, p<0,05) назначались: жемчужные ванны (на основе морской воды 36-38°C по 12-15-20 минут по возрастной на 1 процедуру, N 10-12 на курс лечения через день); дегензортерпия (в качестве дополнительной механокоррекции нарушений позвоночного столба; частные методики мануальной терапии по модифицированной лечебной технике устранения экстензионных и флекссионных дисфункций [3-4]).

Позитивная динамика ряда клинико-функциональных характеристик регистрировалась при помощи алгезиметра, позволяющего установить порог болевой чувствительности при нарушениях функции позвоночника, а сама оценка болевого синдрома (до и после лечения) у больных с названной формой дорсопатий проводилась по визуально-аналоговой шкале с расчетом индекса боли по Дартмутской анкете. Субъективное восприятие боли больным коррелировало с оценкой состояния больного врачом по балльной системе (в покое, ночью, при пассивных движениях, после дня обычной физической нагрузки, при ходьбе по лестнице и т.д.). Оценивалась также способность больного подняться со стула, присесть на корточки и подняться (табл.). У больных (М 42.0 по МКБ-Х) после лечения снизились не только боли, но и уменьшилось ограничение объема движений (в градусах) в пораженных отделах позвоночника, а также значительно уменьшилось время, затрачиваемое этими больными на преодоление 30 метров спортивного зала (в с). Названная позитивная динамика клинико-функциональных показателей у изучаемого контингента больных дорсопатиями подтверждалась ультрасонографической диагностикой имеющихся дистрофических изменений межпозвонковых дисков у этих же больных, которая проводилась на аппарате «Аloka-1700» электронным конвексным датчиком с частотой 5 МГц по методике А.Ю. Кинзерского, И.Н. Шарпова и др. У 72,5% (p<0,05) больных остеохондрозом позвоночника выявились изменения межпозвонковых дисков (МПД): начальные дистрофические изменения МПД в виде повышения эхогенности ПЯ – пульпозного ядра (появления в ПЯ точечных гиперэхогенных включений).

* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи); санаторий «Вулан» Росздрава (курорт Архипо-Осиповка Краснодарского края).